

5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Promoção do conforto da pessoa em situação crítica vítima
de trauma torácico –

Intervenção especializada de Enfermagem

Ana Sofia de Almeida Araújo Jesus Correia

Lisboa

2016



5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Promoção do conforto da pessoa em situação crítica vítima
de trauma torácico -

Intervenção especializada de enfermagem


Ana Sofia de Almeida Araújo Jesus Correia

Orientador: Mestre Sónia Ferrão

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O mais importante da vida
é a marca que deixamos na vida dos outros”

Nelson Mandela

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas com quem tive a sorte de partilhar este percurso, tanto a nível pessoal, como profissional, como académico.

AGRADECIMENTOS

Este foi um percurso difícil e cansativo, pelo que quero expressar o meu enorme
agradecimento...

À professora Sónia Ferrão por toda a disponibilidade, dedicação e ajuda neste
percurso.

Aos meus colegas de mestrado que devido à união que tivemos, tornaram este
caminho mais fácil de percorrer.

Às enfermeiras que me supervisionaram nos diferentes campos de estágio, pela
dedicação e disponibilidade, assim como aos diferentes profissionais de saúde com
quem me cruzei.

Aos meus colegas de equipa e amigos pelo incentivo que me deram nos momentos
de maior cansaço e de desânimo.

Ao meu chefe por me apoiar neste percurso e me ajudar com a facilidade de horário
sem nunca ter imposto nenhum entrave.

À minha família por me apoiarem e nunca terem cobrado a pouca disponibilidade
que tive durante este tempo.

Ao meu marido por todo o apoio e carinho que me deu e incentivo nos momentos
mais difíceis.

E à minha filha que sempre que chegava a casa me recebia com um sorriso nos
lábios e um abraço apertado, que mesmo sem o saber, esse era um fator de
incentivo para não desistir.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO – Bloco Operatório;

BPS – *Behavioral Pain Scale*;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CVC – Cateter Venoso Central;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxigenation*;

EE – Enfermeiro Especialista;

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros;

ml – Mililitros;

ml/h – Mililitros por hora;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação;

PSC – Pessoa em Situação Crítica;

SO – Serviço de Observação;

Sra - Senhora

SR – Sala de Reanimação;

SUC – Serviço de Urgência Central;

SUP – Serviço de Urgência Polivalente;

SU – Serviço de Urgência;

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TOT – Tubo Orotraqueal;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgico;

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva.

RESUMO

O trauma constitui uma importante causa de mortalidade e morbidade a nível mundial. Dos vários tipos de trauma, o trauma torácico é o que tem uma maior incidência e maior gravidade, podendo afetar órgãos vitais e grandes vasos. É fundamental que o enfermeiro que presta cuidados em serviços que recebem vítimas de trauma grave, adquira competências técnico-científicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, que se reflitam numa assistência diferenciada à vítima de trauma torácico, nomeadamente na abordagem inicial, secundária e na promoção do conforto ao longo do *continuum* de cuidados, sendo este último um dos objetivos das intervenções de enfermagem.

Foi nesta perspetiva que se realizou um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico. Este percurso de estágio realizou-se em duas unidades de cuidados intensivos, com o objetivo de desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com principal enfoque na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico, e no atual contexto de trabalho, num serviço de urgência polivalente, com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no conforto da pessoa em situação crítica com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico. Como referencial teórico norteador, foi escolhido a Teoria do Conforto de Kolcaba.

O presente relatório é o culminar deste percurso de aquisição de competências estando presente no mesmo a teoria que sustentou a prática clínica e a análise das atividades realizadas para a concretização dos objetivos delineados. Das competências adquiridas destaca-se o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Palavras-chave: Trauma torácico, conforto, intervenções de enfermagem, controlo da dor, intervenções não farmacológicas.

ABSTRAT

Trauma is a major cause of mortality and morbidity worldwide. From the various types of trauma, thoracic trauma is the one with higher incidence and severity, because can be affect vital organs and large vessels. It is essential that the nurse who receive severe trauma, acquires specialized technical and scientific skills to provide care to the person in a critical situation, which reflect a differentiated assistance to thoracic trauma victims, particularly in the initial and secondary assessment, and promoting comfort throughout the continuum of care, one of the objectives of nursing intervention.

It was in this perspective that took place a course of acquisition and development of expertise in providing care to the person in critical situation with main focus on the person victim of thoracic trauma. This internship took place in two intensive care units, with the objective to develop expertise in providing care to the person in critical situation with main focus on promoting comfort to the person in a critical situation with main focus on the person victim of thoracic trauma, and in the current workplace, one emergency department, with the objective to promote *continuous* upgrade of quality in comfort care of the person in critical situation, with main focus in the person victim of thoracic trauma. As the guiding theoretical framework, it was chosen the Theory of Comfort of Kolcaba.

This report is the culmination of this journey of acquiring skills, and its present all the theory that supported the clinical practice and the analysis of the activities performed to achieve the outlined goals. Of acquired skills highlights the care of the person to experience complex processes of critical illness and / or organ failure.

Keywords: Thoracic Trauma, Comfort, nursing interventions, pain management, non-pharmacological interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 Trauma torácico	21
1.1.1 Intervenções especializadas do enfermeiro na abordagem primária da pessoa vítima de trauma torácico	24
1.2 Teoria do Conforto de Kolcaba	26
1.3 Promoção do conforto da PSC vítima de trauma torácico	28
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	33
2.1 Contexto de Estágio I: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) ...	34
2.2 Contexto de Estágio II: Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgico (UCIMC)	42
2.3 Contexto de estágio III – Serviço de Urgência Central	55
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma de distribuição temporal do estágio nos diferentes contextos clínicos

Apêndice 2 – Objetivos e atividades planeadas para os diferentes contextos de estágio

Apêndice 3 – Metodologia da pesquisa de artigos científicos em bases de dados

Apêndice 4 – Escala da dor (Escala Visual Analógica) que foi elaborada para a UCIMC

Apêndice 5 – Jornal de Aprendizagem – Estágio na UCIMC: Promoção de medidas de conforto a uma doente em fase terminal

Apêndice 6 – Póster elaborado para afixação na UCIMC

Apêndice 7 – Póster apresentado nas 10ª Jornadas do Doente Crítico

Apêndice 8 – Jornal de Aprendizagem – Estágio no SUC: Atuação como elemento de referência na prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de trauma torácico em contexto de emergência

Apêndice 9 - Questionário aplicado no Serviço de Urgência como diagnóstico de situação para levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros

Apêndice 10 – Escala da dor (*Behavioral Pain Scale*) que foi disponibilizada para a Sala de Reanimação do Serviço de Urgência

Apêndice 11 – Póster elaborado para colocar na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência

Apêndice 12 – Sessão de Formação: “Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico: Intervenções não farmacológicas no controlo da dor”

Apêndice 13 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

ANEXOS

Anexo 1 – Comprovativo de frequência Congresso do 3º Encontro de Enfermagem de Emergência – 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica

Anexo 2 - Programa do Congresso 10ª Jornadas do Doente Crítico e Certificado de participação no Congresso das 10ª Jornadas do Doente Crítico

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e tem como finalidade refletir sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem desenvolvidas em estágio. A sua realização teve como base as competências definidas pela ESEL para o Mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (*Regulamento nº122/2011 de 18 Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011) e as competências específicas do EE em Enfermagem em PSC (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011) redigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A temática escolhida foi a promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico.

O trauma tem um forte impacto na mortalidade e morbilidade da população mundial (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012; Gomes et al., 2011; Richmond & Aitken, 2011), dentro dos quais 20-25% é devido a trauma torácico, sendo este classificado como a segunda causa de morte por trauma (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

Num estudo realizado por Wright (2011), encontra-se mencionado que os fatores que causam desconforto à pessoa vítima de trauma são a imobilização em bloco, por se encontrarem num plano duro, ser retiradas as roupas e as práticas relacionadas com os cuidados (Legare & Sawatzky, 2010). Perante isto, as intervenções de enfermagem devem dar primazia à promoção do conforto (Elkin, Perry, & Potter, 2005) através da eliminação de fatores que provoquem desconforto, tais como preocupações, tristeza, sofrimento, dor, entre outros (Kolcaba & Kolcaba, 1991). No trauma torácico estes fatores encontram-se presentes podendo potenciar a dispneia, sendo este o sintoma mais comum (Legare & Sawatzky, 2010), originando hipóxia e hipercapnia (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012). A dor constitui uma forma de desconforto (Kolcaba, 2013), e o seu não controlo pode

conduzir ao comprometimento pulmonar, sobretudo nas situações de fraturas de arcos costais (Unsworth, Curtis, & Asha, 2015).

A escolha deste tema deveu-se a fatores de interesse pessoal/profissional e a fatores apoiados pela evidência científica. Nos fatores de interesse pessoal/profissional insere-se o gosto pela temática do trauma, especificamente do trauma torácico. Aliado a este interesse, existe a minha realidade profissional, enfermeira num serviço de urgência polivalente (SUP), onde ocorre uma grande incidência de pessoas vítimas de trauma, havendo um potencial de melhoria no âmbito da promoção do conforto. Relativamente aos fatores apoiados pela evidência científica, o trauma está associado a uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade (Gomes *et al.*, 2011), onde o enfermeiro pode ter uma intervenção significativa para a sua redução (Richmond & Aitken, 2011).

Aliado a estes dois fatores considero ser pertinente o desenvolvimento de competências especializadas que contribuam para que seja prestada uma assistência adequada e uniformizada melhorando desta forma o prognóstico e reduzindo a sua mortalidade e morbilidade (Ordem dos Médicos & Grupo de trabalho de trauma, 2009), sendo que “todos os doentes com trauma grave devem ter uma abordagem adequada, sistematizada e estruturada, de forma a recuperar integralmente o doente ou minorar as consequências das lesões” (Ordem dos Médicos & Grupo de trabalho de trauma, 2009, p.12).

A pessoa vítima de trauma grave pode ser considerada uma PSC que é definida como sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011, p.1).

É cada vez mais importante a especialização da enfermagem com vista a garantir uma prestação de cuidados adequados e de qualidade, com certificação de competências, para que a prestação de cuidados de excelência a utentes e respetiva família com necessidades mais complexas, seja uma realidade. O Decreto-Lei

nº111/2009 de 16 de Setembro, no seu artigo 7º, nº1 (2009, p.6535-6536), refere que o “título de enfermeiro especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”. Com a aquisição das competências especializadas pretendo iniciar a transição para o estágio de enfermeiro perito, mencionado no Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patricia Benner. Segundo Benner (2001), a competência transforma-se com a experiência profissional e com o domínio de conhecimentos, sendo o enfermeiro perito aquele que possui uma enorme experiência compreendendo de forma intuitiva uma situação e apreende diretamente o problema sem se perder num vasto leque de soluções e de diagnósticos estéreis.

Para iniciar esta transição do estágio de enfermeira proficiente, uma vez que me é possível reconhecer a situação global em que o doente se encontra e antecipar as intervenções a realizar (Benner, 2001), resultante da experiência profissional de sete anos a desempenhar funções num serviço de urgência polivalente e a prestar cuidados à PSC na Sala de Reanimação (SR) e Serviço de Observação (SO), para o estágio de enfermeira perita, realizei um percurso que teve como objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC com principal enfoque na promoção do conforto.

Como objetivos específicos delineei:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma torácico e família;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no conforto da PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico.

Como forma de atingir os objetivos delineados organizei o meu percurso de estágio por três serviços inseridos em dois hospitais da grande área de Lisboa. O primeiro serviço foi uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), o segundo serviço foi uma Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgico (UCIMC)

e um terceiro período mais curto num Serviço de Urgência Polivalente, local onde exerce funções (Apêndice 1).

Atendendo à temática do projeto de estágio, foi dado maior enfoque à competência referente ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com principal incidência na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão diferenciada da dor e bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as respostas e na assistência da pessoa e da família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. E competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*).

Como referencial teórico norteador do percurso de estágio e da elaboração deste relatório escolhi a Teoria do Conforto de Kolcaba. É importante referir que neste relatório é usado o conceito de PSC definido pela OE (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*), e o termo doente como sendo a pessoa-alvo de cuidados, sendo este o conceito definido por Kolcaba (2003) enquanto indivíduo, famílias, instituição ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.

Este relatório foi elaborado de forma a facilitar quer a sua conceção, quer a sua leitura, encontrando-se dividido em duas grandes partes. Na primeira parte é feito um enquadramento teórico da temática abordada, incluindo o referencial teórico escolhido. Na segunda parte é efetuada uma descrição e análise crítica do percurso desenvolvido nos contextos de estágio, caracterizando os locais, focando objetivos previamente delineados, atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Por último será apresentada uma conclusão, contendo uma súmula da reflexão crítica dos aspetos abordados, focando a importância deste relatório, avaliando os seus objetivos, referindo algumas das dificuldades sentidas e perspetivas de desenvolvimento para o futuro.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Incidindo este relatório na temática da promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico, é importante dar a conhecer o tema e o referencial teórico escolhido. Para tal, foi realizado uma revisão da literatura em bases de dados, tais como MEDLINE E CINAHL (Apêndice 3), livros de referência e consulta de documentos provenientes de organizações nacionais e internacionais de reconhecido mérito.

1.1 Trauma torácico

O trauma tem um forte impacto na mortalidade e morbilidade da população mundial podendo ser considerado um problema de saúde pública (Richmond & Aitken, 2011). Estima-se que em 2020, a nível mundial, o trauma seja a terceira causa de morte na faixa etária de 5-44 anos (WHO, 2005), resultado do aumento de 80% dos acidentes de viação, principalmente nos países de baixo poder económico (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012). Portugal encontra-se no topo da lista dos países europeus com maior mortalidade, sendo que os acidentes de viação são os que aparecem como principal causa de trauma torácico, seguidos pelos acidentes de trabalho e violência interpessoal (Gomes *et al.*, 2011).

Segundo um estudo realizado por Souza, Santos e Pereira (2013) cerca de 25% das mortes em politraumatizados são devido ao trauma torácico, visto este alojar órgãos vitais, tais como o coração e os pulmões bem como grandes vasos. Neste mesmo estudo é referido que nas pessoas hospitalizadas, uma taxa de 4-8% de mortes, é devido a lesão isolada do tórax, 10-25% quando há outro órgão afetado e acima de 35%, quando há compromisso multiorgânico. Segundo o *American College of Surgeons & Committee on Trauma* (2012) inúmeras pessoas morrem antes de chegarem ao hospital, contudo muitas dessas mortes podiam ser evitadas com o rápido diagnóstico e respetivo tratamento.

No trauma torácico fechado há um mecanismo de desaceleração, impacto

direto e compressão, o trauma torácico penetrante é causado por objetos pontiagudos ou projeteis que originam lesões diretas nas estruturas, ou pela dissipação de energia causando lesões indiretas a tecidos adjacentes (Moore, Mattox, & Feliciano, 2006). Visto que cerca de 70-80% do trauma torácico tem origem em acidentes de carro e moto, faz com que o trauma fechado seja o mais comum estando este associado a lesões tais como contusão pulmonar, pneumotórax, fistula broncopleuríticas, ruptura traqueobrônquica, e retalho costal (Razi, 2014).

Na abordagem inicial da pessoa vítima de trauma torácico, deve-se observar se há a presença de lesões que coloquem em risco a vida (Hannay, Jackson, & Dreyer, 2010). Para tal é importante ter especial atenção à permeabilização da via aérea (A), à ventilação com especial atenção aos movimentos do tórax (B) e à circulação (C) para possíveis sinais de choque (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

Na observação da via aérea (A) é essencial a pesquisa de corpos estranhos ou sangue/vômito, identificação de possível deslocação da cabeça da clavícula (observada através da presença de alterações na região esterno-clavicular), de estridor ou de alterações na voz. Em situações de grande traumatismo torácico pode ocorrer lesão da laringe. Durante esta fase não pode ser esquecida a estabilização cervical, inicialmente manual e posteriormente com colocação de colar cervical (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

Na avaliação da ventilação (B) deve expor-se a região do pescoço, para avaliação do alinhamento da traqueia e possível ingurgitamento das jugulares, e do tórax para observação dos movimentos respiratórios, palpação e auscultação. Com esta avaliação pretende-se identificar a presença de pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto e hemotórax. O pneumotórax hipertensivo é comum no trauma torácico contuso ou penetrante e na sua presença deve-se proceder à sua drenagem. A sua deteção pode ser feita através da presença de dor torácica, dificuldade respiratória, taquicardia, hipotensão, desvio da traqueia para o lado oposto à da lesão, apagamento de sons respiratórios do lado da lesão e hiperressonância, elevação do hemitórax sem movimento respiratório, distensão das jugulares, e mais tardiamente

cianose (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012). O pneumotórax aberto é mais comum em feridas penetrantes, contudo também pode ocorrer em acidentes de viação ou quedas (Nunes *et al.*, 2009). Como sinais deste tipo de lesão pode ocorrer dificuldade respiratória, taquipneia ou dispneia, cianose, expansão torácica assimétrica e ferida torácica visível. Inicialmente não ocorre desvio da traqueia mas pode ser um sinal tardio (Hannay *et al.*, 2010).

O retalho costal, sendo o tipo de lesão mais comum, ocorre quando existe duas ou mais fraturas contíguas de dois ou mais arcos costais seguidos com movimento paradoxal da parede torácica, podendo ocorrer taquipneia. Como consequência deste tipo de lesão pode ocorrer hemotórax ou o agravamento da contusão pulmonar podendo provocar hipóxia e hipercapnia resultante da diminuição da amplitude e da frequência dos movimentos respiratórios relacionadas com a dor. No caso de existir hemotórax deve-se proceder à sua drenagem. O hemotórax pode ser detetado através da presença de dispneia, diminuição da expansão torácica e dos ruídos respiratórios, macicez à percussão torácica do hemitórax afetado e choque (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

Na avaliação da circulação (C) avalia-se a circulação e possíveis sinais de choque através da avaliação da temperatura corporal, da coloração das mucosas e pele (cianosada, rosada ou pálida), do tempo de repreenchimento capilar (deve ser inferior a 2 segundos), da frequência cardíaca, das características do pulso, da auscultação pulmonar e da pressão arterial. As lesões torácicas mais frequentemente associadas ao choque são o tamponamento cardíaco, o hemotórax massivo e o pneumotórax hipertensivo, que são detetados na fase anterior. O tamponamento cardíaco é caracterizado pela presença de sangue no espaço pericárdico e durante a avaliação deve-se ter atenção aos sinais da tríade de *Beck*, que são o ingurgitamento das veias jugulares, hipotensão, abafamento dos sons cardíacos, pulso paradoxal e diminuição da pressão arterial na inspiração (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

Após estabilização da pessoa, deve ser feita uma avaliação secundária. Para esta avaliação a *Emergency Nurses Association*, sugere a utilização da mnemónica

FGHI, F – Avaliação de parâmetros vitais (*Full Vital Signs*) e intervenções focalizadas e presença da família (*Family*); G – Providenciar conforto (*Give Comfort*); H – História; I – Inspeção das superfícies posteriores, sendo que esta avaliação permite identificar todas as lesões presentes e atualizar a história clínica da pessoa (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

A resposta fisiológica em situações de trauma pode incluir libertação aguda da citocina, níveis elevados de catecolaminas, cortisol, ativação do sistema reninangiotensina, alterações na coagulação e uma resposta imune alterada, sendo esta responsável pela grande percentagem da mortalidade da pessoa vítima de trauma. Consequentemente, a dor não tratada, pode contribuir para esta resposta podendo causar alterações na ventilação, na estabilidade hemodinâmica, gastrointestinal e renal, levando desta forma ao aumento da mortalidade e morbidade (Cohen, Christo, & Moroz, 2004).

Independentemente do tipo de lesão, o sintoma mais comum no traumatismo torácico é a dispneia. Este sintoma pode ocorrer em situações de medo e ansiedade, mas também quando há dor, prejudicando a ventilação através da diminuição dos volumes inspiratórios. A principal abordagem é identificar e corrigir as causas adjacentes, visto que este sintoma causado por um traumatismo torácico pode ser indicador da presença de uma situação de risco de vida (Legare & Sawatzky, 2010).

1.1.1 Intervenções especializadas do enfermeiro na abordagem primária da pessoa vítima de trauma torácico

Durante a abordagem primária à pessoa vítima de trauma torácico, o enfermeiro deve assegurar a permeabilização da via aérea, através de aspiração (caso se encontre obstruída), auxiliar na entubação endotraqueal e assegurar a estabilização da coluna cervical. No caso de existir feridas penetrantes no tórax, devem ser tapadas com penso esterilizado, e fixado com adesivo em três lados. Se existir confirmação de pneumotórax hipertensivo poderá ser realizado uma descompressão através da inserção de um cateter 14G no segundo espaço intercostal

da linha média clavicular e preparar para posterior colocação de dreno torácico. Na presença de drenagem torácica o enfermeiro tem a função de avaliar a flutuação na câmara de selo de água, a quantidade drenada, a cor da drenagem e a fuga de ar. Deve estar atento para a possibilidade de ocorrência de complicações tais como quando a drenagem inicial é superior a 1000ml ou se ocorrer uma perda hemática superior a 2000ml/h durante 3 ou 4 horas podendo o doente entrar em choque hipovolémico. Caso seja observado um borbulhar constante pode ser sinal de laceração traqueobrônquica pelo que o doente deve ser preparado para intervenção cirúrgica. É também durante a abordagem inicial que o enfermeiro tem como função puncionar pelo menos duas veias periféricas com cateter de grande calibre e iniciar a perfusão de soluções isotónicas cristaloides e se necessário preparar transfusões de hemoconcentrados. Nesta fase é feita a monitorização e administração de fármacos nas disfunções e disritmias cardíacas especialmente se suspeita de ocorrência de lesão cardíaca fechada, e de medicação analgésica de acordo com a prescrição para o controlo da dor que irá ajudar a prevenir a hipoventilação (Emergency Nurses Association, 2007).

O enfermeiro deve estar atento aos sinais que possam ocorrer devido à dor. Esses sinais podem ser aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, aumento da hemorragia, aumento do trabalho cardíaco, aumento da sudorese, palidez cutânea, diminuição da oxigenação dos músculos, hipoventilação, hipóxia e respiração superficial. Devido a estas alterações é importante que haja um tratamento da dor, caso contrário pode ocorrer um agravamento do quadro clínico, o que demonstra que a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma está diretamente relacionada com uma adequada avaliação da dor (Ribeiro, Barreto, Hora, & Sousa, 2011).

Relativamente às intervenções de promoção do conforto serão descritivas no subcapítulo da promoção do conforto da PSC vítima de trauma torácico

1.2 Teoria do Conforto de Kolcaba

O termo conforto tem na enfermagem um significado histórico e contemporâneo, sendo que desde os tempos de Florence Nightingale que tem sido referido como um objetivo a alcançar nos cuidados de enfermagem (Kolcaba & Kolcaba, 1991). A promoção do conforto tem como objetivo a prevenção ou o tratamento atempado de sintomas da doença, efeitos secundários causados pelo tratamento, problemas psicológicos, sociais e espirituais (Hou *et al.*, 2014).

Numa revisão da literatura realizada por Apóstolo (2009), é referenciado que o conforto tem vindo a ser identificado como um elemento importante nos cuidados de enfermagem, assumindo ao longo dos tempos diferentes significados condicionados pela evolução da história política, religiosa e social, mas também pela evolução tecnocientífica.

Kolcaba (1991) começa a desenvolver a teoria do conforto com base na visão holística da pessoa. Esta define conforto como sendo o estado resultante das intervenções de enfermagem e baseia-se na avaliação do comportamento e da condição física da pessoa e do ambiente físico e social.

Para a autora os pressupostos básicos da sua teoria de conforto são: os seres humanos que têm respostas globais para estímulos complexos; o conforto é o objetivo dos cuidados de enfermagem; os seres humanos desejam ver as suas necessidades de conforto realizadas. Assim sendo, o conforto é um resultado holístico pois designa um estado dinâmico e multifacetado da pessoa (Kolcaba, 1994).

Para promover o conforto, Kolcaba (2003) faz referência a três tipos de intervenções, as técnicas, referentes à monitorização de sinais vitais, dos níveis analíticos e da administração de terapêutica analgésica, as medidas de coaching relativas à redução da ansiedade, ao fornecimento de segurança e informação, escutar e estabelecer um plano realista para a recuperação, integração ou mesmo a morte, de forma culturalmente sensível, e por fim o comfort food for the soul, que incluem cuidados de enfermagem básicos, como por exemplo massagens,

musicoterapia.

Para Kolcaba (1994), o conforto tem duas dimensões, a primeira dimensão consiste em três estados, o alívio, a tranquilidade e a transcendência. O alívio é quando uma pessoa vê satisfeita uma necessidade específica, a tranquilidade é o estado de contentamento ou de calma e a transcendência ocorre quando uma pessoa ultrapassa os seus problemas ou sofrimento (Kolcaba, 2001).

A segunda dimensão é referente aos contextos em que o conforto ocorre (Kolcaba, 1994) tendo sido extraído do conceito do holismo (Kolcaba, 2001). O primeiro contexto é o físico sendo este a sensação de corpo (Kolcaba, 2001) englobando fatores que afetam o estado físico tais como o relaxamento, o descanso, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroelectrolítico, oxigenação, dor, posicionamento, diferentes indicadores metabólicos e ainda outros aspetos do tratamento e condições médicas (Kolcaba, 2003). O segundo é o psicoespiritual referente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida (relação com um ser mais elevado ou uma ordem). O terceiro é o ambiental que é relativo ao meio, às condições e influências externas (Kolcaba, 2001) tais como a luz, o barulho, o equipamento, a temperatura, a cor e os elementos artificiais e naturais do meio (Kolcaba, 2003) e por último o social referente às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2001).

Com a visão holística do conforto, estas duas dimensões encontram-se relacionadas, visto que o efeito positivo numa pode levar a um efeito positivo na outra (Kolcaba, 1994).

A promoção do conforto implica uma ausência de condições que possam provocar desconforto tais como preocupações, tristeza, sofrimento, dor, entre outras (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Sendo a dor uma forma de desconforto é importante o seu controlo para a promoção do conforto (Kolcaba, 2013), pelo que os cuidados de enfermagem devem atender às necessidades dos doentes tendo como objetivo ajudar as pessoas a ultrapassar situações de desconforto a nível psicológico, fisiológico e

social, sendo estas intervenções concebidas para abordar necessidades de conforto específicos das pessoas (Kolcaba, 1994).

1.3 Promoção do conforto da PSC vítima de trauma torácico

Num estudo realizado por Wright (2011), identificaram-se alguns fatores que causam desconforto à pessoa vítima de trauma. Segundo o autor, a sensação de desconforto encontrava-se associada à imobilização em bloco e por se encontrarem num plano duro, por lhes ser retirado as roupas e principalmente o exame de toque retal. Também é referido que as práticas relativas aos cuidados, nomeadamente, colocação de cateter venoso, realização de Tomografia Axial Computorizada, e o número elevado de profissionais de saúde na sala, lhes provocavam desconforto. Associado a isto, os eventos traumáticos, pela sua própria natureza podem provocar respostas emocionais como o medo e a ansiedade (Legare & Sawatzky, 2010).

Segundo Ahlers *et al* (2008), a dor é um problema frequentemente vivenciado pelas PSC, podendo esta provocar um aumento da morbilidade e da mortalidade e pode diminuir o conforto da pessoa e a qualidade de vida relacionada com a saúde. Além disso, o não controlo da dor pode implicar vários efeitos ao nível psicológico, tais como a depressão, a ansiedade, delírio, *stress* pós traumático e desorientação (Stites, 2013).

Para Kolcaba (2003) a dor é um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivas, cognitivas e afetivas, sendo esta uma sensação específica que ocorre no organismo com um nível variável de intensidade.

Todas a PSC vivenciam dor ou algum tipo de desconforto físico e emocional, sendo que durante as intervenções de enfermagem deve ser dada primazia à promoção do conforto (Elkin *et al.*, 2005). A pessoa com trauma apresenta alterações estruturais e desequilíbrios fisiológicos do organismo causados pela troca de energia entre os tecidos e o meio originando prejuízos significativos que provocam dor (Calil & Pimenta, 2005; Ribeiro *et al.*, 2011). Estudos recentes demonstram que, na Alemanha, a prevalência da dor na pessoa vítima de trauma é de cerca de 70-91%,

porém é dada pouca importância ao seu tratamento (Scholten *et al.*, 2015).

Num estudo realizado por Berben, Meijs, Grunsven, Schoonhoven e Achterberg (2012) sobre os fatores para o inadequado controlo da dor, num serviço de urgência (SU) holandês, é mencionado o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as consequências da dor, o medo da depressão respiratória aquando da administração de opióides, a grande preocupação de tratar primeiro as lesões que possam ser fatais (sendo que a dor não é um sintoma potencialmente fatal logo o tratamento é considerado de menor prioridade), a inexistência de um protocolo de analgesia, o *score* de intensidade em que o doente avalia dor que sente é por vezes subvalorizada pelos profissionais, a falta de comunicação na equipa multidisciplinar e por vezes o facto de o doente recusar que seja administrada analgesia. Contudo, tendo em consideração a importância que a dor tem vindo a ter ao longo dos tempos, o profissional de saúde deve adotar estratégias para o seu controlo, contribuindo desta forma, para o bem-estar da pessoa e consequentemente a redução da morbilidade e aumento da humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2013).

Para que sejam implementadas atempadamente medidas para o controlo da dor, o enfermeiro deve estar atento aos seus sinais, caso contrário pode ocorrer um agravamento do quadro clínico, estando a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma relacionada com uma adequada avaliação da dor (Ribeiro *et al.*, 2011).

No trauma torácico, nomeadamente na fratura de arcos costais, é muito importante controlar a dor, pois caso contrário pode conduzir ao comprometimento pulmonar a longo prazo, a um aumento do tempo de hospitalização e, eventualmente, à morte (Unsworth *et al.*, 2015). Aliado a isto pode ocorrer o agravamento da dispneia (Legare & Sawatzky, 2010).

Apesar de, em meio hospitalar, a gestão da dor ser feita maioritariamente através de medidas farmacológicas, existe evidência da utilização de medidas não farmacológicas, como complemento às farmacológicas ou como tratamento alternativo na gestão de sintomas, incluindo a dor (Bausewein, Booth, Gysels, &

Higginson, 2008). As medidas não farmacológicas para o controlo da dor na pessoa vítima de trauma torácico podem ser aplicadas com o intuito de prevenir a receção da dor, diminuir a sua percepção, ou modificar a sua reação. Estas medidas incluem a distração, musicoterapia, aplicação de calor e frio, cuidados de higiene, massagens, posicionamento adequado e controlo de fatores ambientais (Ribeiro *et al.*, 2011). Paralelamente ao controlo da dor, estas medidas irão promover o conforto atuando nas várias dimensões da teoria de Kolcaba (1994).

A distração tem como objetivo aumentar a tolerância à dor e diminuir a sensibilidade a esta, através do direcionamento da atenção do doente para outro foco. Como exemplo temos o assistir televisão, ler, ou ouvir musica (Arslan & Çelebioğlu, 2004, citado por Demir, 2012). Consequentemente a musicoterapia é outra intervenção não farmacológica que está associada à distração. Vários estudos referem que a música tem um efeito positivo sobre a dor e a ansiedade e aumentam a qualidade de vida da pessoa. Esta diminui a frequência cardíaca, a tensão arterial, a temperatura corporal e a frequência respiratória através do desvio da atenção da pessoa para outro ponto, reduzindo assim a percepção à dor (Demir, 2012). Esta medida, ao diminuir a ansiedade, sendo este um fator de desconforto, enquadra-se nas intervenções de *coaching* (Kolcaba, 2003).

Relativamente à aplicação de frio, Demir e Khorshid (2010), citado por Demir (2012), realizaram um estudo onde indicam que a aplicação de frio ao redor do dreno torácico diminui o desconforto/dor associado à presença deste.

A aplicação de massagens consiste na manipulação do tecido mole através de várias técnicas (fricção, precursão e vibração) (Demir, 2012). Esta alivia a mente e os músculos aumentando o limiar de dor (Karagöz 2006, citado por Demir, 2012), através da estimulação de recetores periféricos (Demir, 2012). Caso exista fratura de arcos costais esta medida está contraindicada.

Estas duas últimas medidas enquadram-se nas intervenções de *comfort food for the soul* (Kolcaba, 2003), integrados nos cuidados de enfermagem básicos.

Relativamente aos fatores ambientais, o enfermeiro tem a função de modificá-los, de forma a diminuir a sobrecarga sensorial que potencia estímulos dolorosos. Para tal pode diminuir ao mínimo as interações verbais, controlar o número de pessoas que entram e permanecem na sala, administrar analgésicos para prevenir ou minimizar a dor antes de prestar cuidados, e sempre que prevê a dor, e usar o lençol para alternâncias de decúbitos (Watt-Watson, 2003). Como exemplo de outras medidas temos a diminuição da luminosidade, do ruído dos monitores, ou outras fontes de ruído. Esta medida é enquadrada nas intervenções de *coaching* (Kolcaba, 2003), pois ajudam a diminuir a ansiedade atuando ao nível do contexto ambiental (Kolcaba, 2001).

Por fim os posicionamentos promovem o conforto da pessoa através de intervenções técnicas (Kolcaba, 2003), tais como a eliminação de estímulos dolorosos, através da manutenção da roupa da cama esticada, certificando-se que não há drenos ou outros materiais enrolados à sua volta ou debaixo deste, realizar pensos e trocar a roupa da cama sempre que seja necessário. No posicionamento é importante ter especial atenção à manutenção do alinhamento corporal correto do doente e colocar almofadas de baixo das zonas proeminentes (Perry & Potter, 2012). Especificamente no trauma torácico, na presença de lesão pulmonar é benéfico realizar posicionamentos laterais. Em situações de comprometimento unilateral o pulmão afetado deve ficar para baixo exceto em situações de abcesso, enfisema ou hemorragia ao nível pulmonar (Marklew citado por Christie, 2008). Contudo o facto do pulmão sem lesão se encontrar sobre a pressão que o tórax exerce sobre a cama pode originar uma diminuição da função alveolar resultando na diminuição da sua capacidade funcional. Como alternativa pode-se realizar o decúbito ventral intermitente. Neste posicionamento, durante a ventilação os movimentos do tórax tornam-se mais sincronizados entre a região ventral e dorsal levando a uma uniformidade da ventilação (Chadwick, 2010) existindo uma melhor oxigenação (Mure *et al*, citado por Marklew, 2006).

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

Este capítulo visa analisar o percurso efetuado ao longo do estágio e as competências adquiridas. O percurso foi realizado em três locais diferentes, contudo, tendo em consideração a minha experiência em Urgência (sete anos a exercer funções num SUP) achei pertinente realizar a maior parte do tempo de estágio em duas unidades de cuidados intensivos (UCI), terminando com um curto período de estágio no meu contexto de trabalho, procurando neste último partilhar os conhecimentos adquiridos de forma a contribuir para a sensibilização da equipa de enfermagem sobre a temática abordada e desta forma promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta os contextos de estágio, o tempo em cada um deles e as suas particularidades, elaborei objetivos e atividades para cada contexto (Apêndice 2).

A pesquisa bibliográfica foi um trabalho que se iniciou aquando da realização do projeto de estágio, tendo sido bastante útil para a mobilização de conhecimentos adquiridos, a sua transformação e adaptação permitiu-me realizar uma prática teoricamente fundamentada e baseada na evidência disponível.

Seguidamente, realizarei a descrição e análise crítica do percurso nos diferentes contextos de estágio, caracterizando os locais, focando objetivos previamente delineados, atividades realizadas e competências adquiridas. Para que seja facilitada a sua leitura subdividi a descrição de cada contexto de estágio tendo como base os objetivos propostos. A ordem em que são apresentados os diferentes contextos, corresponde à ordem cronológica pela qual os realizei.

2.1 Contexto de Estágio I: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Uma UCI é definida como sendo “um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuá-lo noutros serviços do Hospital” (Aleixo, 2007, p.30). Segundo a Direção-Geral da Saúde (2003), dependendo das técnicas e valências existentes nas UCI, estas podem ser classificadas em 3 níveis.

A UCIP tem duas salas de nível III, com quatro camas cada, e uma sala de nível II com quatro camas. Nas salas de cuidados intensivos de nível III o rácio enfermeiro/doente é de 1:2, e de 1:4 na unidade nível II, estando em conformidade com o preconizado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2006). A carga de trabalho de enfermagem é definida por Severino, Saiote, Martinez, Deodato e Nunes (2010) como o conjunto de exigências físicas e psíquicas necessárias para a execução de uma tarefa e é calculada com base nos índices *Therapeutic Intervention Scoring System* – 28 (TISS-28).

Atendendo ao objetivo do mestrado, que é prestar cuidados de enfermagem à PSC, o estágio foi realizado nas salas de nível III, que tinham a particularidade de receber pessoas com necessidades do foro médico e cirúrgico, nomeadamente do foro traumatológico.

Objetivo 1: Conhecer a estrutura física do serviço, organização da equipa multidisciplinar, recursos existentes e dinâmica do serviço

Para atingir este objetivo foi fundamental conhecer a organização e funcionamento do serviço, nomeadamente os protocolos e normas existentes, bem como as rotinas e instrumentos utilizados para a avaliação da PSC. Este aspeto é bastante importante, pois uma boa integração no serviço e na equipa multidisciplinar possibilita a organização da prestação de cuidados de forma a serem prestados com qualidade e de uma forma holística.

Neste sentido, no primeiro dia de estágio tive a oportunidade de acompanhar a Sra. Enfermeira Chefe numa apresentação detalhada do serviço de forma a conhecer a sua estrutura física e onde se encontravam guardados os materiais. Posteriormente, tive a oportunidade de consultar, sempre que necessário, as normas e protocolos existentes que se localizavam no gabinete da enfermeira chefe.

Relativamente aos registos de enfermagem, o serviço tinha implementado um programa informático que estava de acordo com a nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com algumas características específicas para o serviço. Este modelo de classificação “tem o seu enfoque na prática de enfermagem e assenta no pressuposto que esta não é estática mas sim mutável e dinâmica” (International Council of Nurses, 2002). Visto não estar familiarizada com este método de registo, a adaptação foi um pouco complicada sendo que só ao fim de uma semana consegui ter alguma noção do programa e de como eram realizados os registos de enfermagem. Esta adaptação e a sua rápida integração era importante pois os registos de enfermagem são

“a ação ou ato de colocar por escrito factos relativos à pessoa que requer cuidados de enfermagem (...), que serve de guia orientador para a prestação de cuidados, devendo conter não só dados observados e interpretados (diagnósticos de enfermagem) mas também as intervenções (...) e resultados da ação de enfermagem” (Figueiroa-Rego, 2003, p.39).

A aquisição de conhecimentos sobre esta forma de registo e sobre a utilização da nomenclatura CIPE poderá ser útil no futuro, caso venha a ser adotada no serviço onde exerço funções, ou se vier a desempenhar funções em algum serviço que tenha este tipo de registo adotado.

Como meio de identificar o percurso da pessoa vítima de trauma torácico, ocorreram momentos de discussão com a enfermeira supervisora tendo percebido que estas são maioritariamente provenientes do SU ou do Bloco Operatório (BO). Relativamente ao serviço de destino, quando já não tem necessidade de cuidados intensivos, este depende das lesões que permanecem, sendo transferida para o serviço da respetiva especialidade.

Objetivo 2: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à PSC em contexto de UCI, com particular enfoque na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico e família

Durante o tempo de estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), monitorização invasiva e não invasiva.

Numa UCI a monitorização hemodinâmica invasiva é essencial (Dias *et al.*, 2006) para determinar a eficácia do tratamento instituído (Azeredo & Oliveira, 2013). O domínio deste tipo de monitorização, por parte do enfermeiro, é importante, visto ser este que tem a função de detetar alterações nas avaliações que podem estar associadas a problemas fisiológicos e potencial agravamento da situação clínica (Azeredo & Oliveira, 2013).

Na UCIP tive oportunidade de prestar cuidados à PSC com cateteres arteriais, cateter venoso central (CVC) e monitorização de pressão intra-abdominal. Relativamente ao manuseio de cateteres arteriais e CVC, estes não me eram desconhecidos, tendo tido oportunidade de demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Apesar de possuir conhecimentos nesta área, tive a oportunidade de desenvolver competências no seu manuseio, relativamente à prevenção de infeção e interpretação de valores e gráficos. Este aperfeiçoamento é importante, visto ser função do enfermeiro despistar possíveis complicações que possam ocorrer assim como assegurar o correto funcionamento destes (Mendes, 2007). Com a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, fiquei mais desperta para o manuseamento deste material, sendo útil para melhorar a minha prática e prestar cuidados com maior qualidade e rigor. O desenvolvimento desta competência, também será útil para alterar o comportamento dos pares no meu contexto de trabalho e torná-los mais despertos para esta área promovendo desta forma a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O domínio destes meios de avaliação hemodinâmica é considerado por Kolcaba (2003) uma técnica de promoção de conforto, estando enquadrado nas intervenções técnicas que

esta enumera.

Ao longo do estágio também tive a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar competências na área da VMI, sendo este um suporte de respiração artificial onde existe um aparelho mecânico que auxilia na substituição da função respiratória e tem como objetivo dar tempo para que a pessoa recupere da lesão causada ao nível respiratório (Marcelino, 2008).

O cuidado à PSC com necessidade de suporte ventilatório não me era desconhecido, pois tenho contacto com este tipo de situação no meu contexto laboral, nomeadamente na SR, contudo senti alguma dificuldade no início, pois os ventiladores utilizados na UCIP eram diferentes dos que estava familiarizada e havia modalidades, tais como a ventilação mandatória continua com volume ou pressão controlada, que me eram desconhecidas. Para ultrapassar esta dificuldade realizei uma revisão da literatura sobre as modalidades ventilatórias e discuti com a enfermeira supervisora o funcionamento do equipamento e interpretação dos gráficos que eram exibidos no monitor. Ao final da primeira semana já dominava o equipamento e conseguia interpretar as informações que este fornecia.

Associado à VMI, pude aperfeiçoar a prática na otimização do tubo orotraqueal (TOT), nomeadamente na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), sendo que estes cuidados são muito importantes, visto o enfermeiro ter a função de evitar a ocorrência de PAV, sendo esta a infeção nosocomial mais frequente nos doentes submetidos a ventilação (Matos & Sobral, 2010).

Da pesquisa realizada sobre a PAV constatei que existem inúmeras intervenções que o enfermeiro pode realizar, de forma autónoma e independente. Saliento a entubação orogástrica preferível à nasogástrica (esta é uma medida controversa, pois a evidência é insuficiente), a elevação da cabeceira entre os 30º e os 40º (caso não haja contra-indicação), avaliação regular do resíduo gástrico, os filtros e as tubuladuras não devem ser trocados por rotina, especialmente num espaço de tempo inferior a 48 horas, o filtro deve estar elevado acima do nível da traqueia do ventilador e só deve ser mudado em situações de contaminação. Caso o doente

necessite de aspiração de secreções, devem ser usadas luvas esterilizadas e se realizado em circuito aberto, utilização única da sonda de aspiração. Relativamente aos cuidados a ter com o *cuff*, este deve estar com uma pressão adequada (inferior a 20mmHg) (Matos & Sobral, 2010). A higiene oral deve ser realizada com clorhexidina (DGS, 2007).

Com a aquisição destes conhecimentos poderei melhorar os cuidados prestados à pessoa ventilada no local onde exerço funções, tanto a nível individual como ao nível da restante equipa, tornando-me assim num elemento dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

O enfermeiro quando se encontra a cuidar da PSC numa UCI deve ter a preocupação em promover a comunicação, visto que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados mais positivos (Bertone, Ribeiro, & Guimarães, 2007; Gomes, Amendoeira, & Martins, 2012). Atendendo às dificuldades que a PSC submetida a VMI, tem em comunicar devido à presença do tubo na região das cordas vocais, o enfermeiro tem de criar estratégias para ultrapassar esta barreira. Quando a função neuromuscular do doente o permite existem, segundo Ashurst (1998), vários métodos que podem auxiliar na comunicação, como cartões com desenhos, cartões com alfabeto, escrita, computadores e a utilização das mãos através de mímica gestual.

Na UCIP existia um grande número de doentes ventilados e conscientes, havendo sempre uma grande preocupação por parte dos enfermeiros em estabelecerem uma comunicação eficaz. Como método facilitador dispunham em cada sala de um pequeno quadro com as letras do alfabeto desenhadas para que o doente fosse apontando as letras das palavras que queria dizer. Quando possível era disponibilizado caneta e papel para que pudesse escrever.

A criação de estratégias para possibilitar a comunicação, podia contribuir para que se sentissem menos ansiosos, indo ao encontro do preconizado por Kolcaba (2003), que refere que uma forma de promover o conforto pode ser através da

implementação de medidas de *coaching*, de forma a diminuir a ansiedade do doente. Estas mesmas medidas eram aplicadas à família promovendo o seu conforto através da diminuição da ansiedade associado ao fato de não conseguir comunicar com o familiar doente.

O desenvolvimento de estratégias para promover a comunicação com doentes ventilados foi um forte contributo para a aquisição de competências na **gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde** (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). A aquisição e desenvolvimento desta competência será uma ferramenta útil para a minha prática profissional visto, por vezes, existirem doentes com TOT que se encontram conscientes.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC vítima de trauma torácico com necessidade de suporte ventilatório e de colocação de drenagens torácicas bilaterais devido à presença de hemotórax, desenvolvendo competências na avaliação e monitorização do padrão respiratório, ventilação, monitorização hemodinâmica, controlo de dor, controlo da infeção, promoção de cuidados de conforto, balanços hídricos horários, otimização de drenagens torácicas de forma a antecipar e detetar qualquer sinal de instabilidade e risco de falência orgânica.

Nesta situação houve a possibilidade de mobilizar alguns dos conhecimentos adquiridos através da pesquisa bibliográfica, nomeadamente ao nível do controlo da dor, da comunicação, da otimização da drenagem torácica e da promoção do conforto.

Relativamente ao controlo da dor, promovi o conforto da doente através da realização de massagens na região dorsal e membros, e posicionamentos, de 4/4 horas, ou sempre que a doente solicitava. Para melhorar a expansão pulmonar e diminuir a dispneia era realizada a elevação da cabeceira ou o declive do plano da cama. As intervenções implementadas para além de beneficiarem a recuperação da doente, pois se o estímulo da dor for diminuído vai diminuir a ansiedade e a dispneia,

promoviam o seu conforto, estando incluídas na técnica designada por Kolcaba como *comfort food for the soul* contribuindo para o alcançar do estado de alívio (Kolcaba, 1994; 2001; 2003). Quando estas intervenções não eram completamente eficazes tive sempre a preocupação de discutir com a equipa médica a necessidade de implementar terapêutica analgésica, sendo a mesma atualizada.

Relativamente à promoção do conforto ao nível do contexto social, integrou-se as filhas nos cuidados prestados, valorizando desta forma a sua importância. No que se refere à promoção do conforto ao nível psicológico tanto da doente como da sua família, o marido da doente tinha falecido no seguimento do acidente que também motivou o internamento desta, pelo que quando solicitado foi disponibilizado o apoio de psicóloga, tanto para a família como para a doente, para auxílio na transmissão da notícia do falecimento do marido.

Sendo a dor uma forma de desconforto é importante controlá-la (Kolcaba, 2013). Para a sua avaliação era utilizada a escala comportamental, *Behavioral Pain Scale* (BPS). Esta era uma escala que me era desconhecida, pelo que tive a necessidade de adquirir conhecimentos que posteriormente me permitiram implementá-la no serviço em que desempenho funções, tendo sido um projeto iniciado na última etapa do estágio. Com as atividades relacionadas com a avaliação, gestão farmacológica e não farmacológica da dor, pude dar início à aquisição de competências na área da **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas** (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

No serviço, a dor era avaliada uma vez por turno sendo a medida de controlo mais usada a farmacológica, tendo apenas detetado como intervenção não farmacológica os posicionamentos que eram realizados de 4/4h. Visto haver outras formas de promover o conforto da PSC através do controlo da dor, tive vários momentos de discussão com a enfermeira supervisora sobre esta temática, sugerindo a implementação de outras medidas, tais como as massagens, a colocação de música ou outro meio como forma de distração, sendo esta última uma lacuna do serviço. As salas não possuíam televisão, a colocação de música era um pouco difícil pois só

existia um computador e este não se encontrava junto das unidades dos doentes, e por causa do controlo da infeção não era permitido terem revistas, jornais, ou livros. Como forma de tentar colmatar esta lacuna tentei sensibilizar os pares para a importância desta medida através de momentos de discussão onde foi possível partilhar conhecimentos apoiados na revisão da literatura que tinha realizado acerca desta temática. Destes momentos de discussão consegui que a música fosse colocada no computador a um volume aceitável para que os doentes da sala conseguissem ouvir, se assim fosse o desejo dos mesmos.

Para além das intervenções já referidas, para promover o conforto tive a oportunidade de aplicar medidas na promoção do conforto ao nível do contexto psicoespiritual, social e ambiental. Ao nível do contexto social, o doente vê-se afastado dos seus familiares/pessoas significativas. Como forma de colmatar esta necessidade, o serviço disponibilizava dois períodos para as visitas, um às 14h e outro às 19h, havendo sempre flexibilidade para situações específicas, tais como a impossibilidade de visita dentro do horário estipulado. Relativamente ao contexto psicoespiritual era disponibilizado momentos de partilha de sentimentos, e sempre que era necessário, ou que a pessoa/família solicitava, era chamado um psicólogo ou o pároco. Recordo-me de outra situação, para além da que referi anteriormente, em que uma doente em fase terminal, ao se aperceber da sua situação clínica pediu a presença do pároco, pedido esse que foi prontamente atendido, sendo esta uma medida de *coaching* (Kolcaba, 2003).

Por último a promoção do conforto no contexto ambiental, apresentava-se comprometido visto que, os doentes internados encontram-se num ambiente estranho com bastante ruído de fundo, alarmes de monitores, som dos ventiladores e respetivos alarmes, luzes ligadas permanentemente, pessoas a deambularem constantemente, vendo o seu padrão de sono alterado. Como forma de minimizar estes fatores de desconforto foi sugerido aos pares que após a última medicação administrada no período da noite (por volta das 23h) fosse desligado parte das luzes e que o ruído fosse diminuído através do ajuste do nível dos alarmes dos monitores de forma a facilitar o descanso dos doentes. Estas medidas foram aceites e aos poucos

começaram por ser implementadas.

No decorrer deste tempo de estágio, tiveram lugar vários momentos de partilha e de reflexão com a restante equipa de enfermagem, que permitiram potencializar as oportunidades de aprendizagem sendo um importante contributo para o meu desenvolvimento como futura enfermeira especialista, assim como na **aquisição de competências sustentando a minha *práxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento** (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Foi realizado um estudo de caso de uma pessoa vítima de trauma que tive a oportunidade de acompanhar em estágio, que posteriormente foi analisado e discutido com a professora orientadora, tendo sido um importante meio de reflexão sobre os cuidados prestados à pessoa, e sobre as suas necessidades ao nível da promoção do conforto.

2.2 Contexto de Estágio II: Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgico (UCIMC)

O tempo de estágio na UCIMC permitiu dar continuidade à aquisição e desenvolvimento de competências iniciadas no contexto anterior, sendo esta a altura onde é permitida a tradução dos saberes teóricos em saberes e disposições “para a prática clínica, numa variedade de situações e contextos que tem como centro o utente” (Schweer e Gebbie, 1976, citado por Abreu, 2007, p.99).

A UCIMC tem cinco camas de cuidados intensivos de nível II e seis camas de nível III, sendo que duas camas encontram-se cada uma num quarto, caso seja necessário isolamento da pessoa. Nas salas de nível III o rácio enfermeiro/doente é de 1:2 e de 1:4 na unidade de nível II, estando em conformidade com o preconizado pelo ICN (2006). Quando existia doentes a realizar *ExtraCorporal Membrane Oxigenation* (ECMO) o rácio de enfermeiro/doente seria de 1:1.

Neste serviço eram realizadas diversas técnicas, tais como suporte dialítico contínuo, suporte dialítico intermitente (com o apoio do serviço de nefrologia),

broncofibroscopias e ECMO (sendo este um serviço de referência no hospital em que se insere). Neste tipo de técnica, quando existe uma pessoa a necessitar deste tratamento e que se encontre noutra hospital, vai uma equipa do próprio serviço ao hospital realizar a canulação do doente e respetivo transporte para a unidade.

Mais uma vez, atendendo ao objetivo do mestrado, o estágio foi realizado nas salas de nível III, que tinham a particularidade de receber pessoas do foro médico e cirúrgico.

Objetivo 1: Conhecer a estrutura física do serviço, organização da equipa multidisciplinar, recursos existentes e dinâmica do serviço

À semelhança do estágio anterior, para atingir este objetivo foi fundamental conhecer a organização e funcionamento do serviço, nomeadamente dos protocolos e normas existentes, bem como das rotinas e instrumentos utilizados para a avaliação da PSC, pelo que foi realizada, com a Sra. Enfermeira Chefe, uma visita ao serviço e consulta de normas e protocolos.

Relativamente aos registos de enfermagem, estava implementado um programa informático onde era possível ter toda a informação clínica, tal como, exames complementares de diagnóstico, notas de enfermagem, notas médicas, medicação, sinais vitais, escalas de avaliação e cuidados de enfermagem que o doente necessitava, entre outras informações. A minha adaptação a este programa foi fácil, visto ser muito intuitivo e semelhante ao programa a que estava acostumada a usar no meu contexto de trabalho.

Relativamente ao circuito da PSC, sempre que havia necessidade de cuidados diferenciados, era aceite nesta unidade, podendo vir de outros serviços de internamento, da urgência, do BO ou de outros hospitais. A identificação deste percurso foi bastante fácil visto exercer funções no mesmo hospital e estar familiarizada com o percurso dos doentes internos e externos, sendo a urgência a

“porta de entrada” do hospital.

A concretização deste objetivo deu um importante contributo para uma boa integração na equipa multidisciplinar.

Objetivo 2: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à PSC em contexto de UCI com principal enfoque na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico e família

À semelhança do contexto de estágio anterior, nesta unidade tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC com necessidade de VMI, monitorização invasiva e não invasiva e técnicas de suporte tais como hemofiltração e ECMO.

Relativamente à monitorização invasiva, pude aperfeiçoar a técnica relacionada com o manuseio de cateter arterial e CVC, tendo tido a oportunidade de mobilizar conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Para além deste tipo de monitorização tive oportunidade de contactar com a avaliação de PICCO e *Vigileo*, sendo este tipo de monitorização uma novidade para mim. Como tal, para poder desenvolver competências neste âmbito, tive a necessidade de adquirir conhecimentos teóricos e práticos pelo que realizei uma pesquisa bibliográfica e aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem no contexto clínico, com suporte da enfermeira supervisora.

Neste local de estágio pude continuar a desenvolver e aperfeiçoar competências na área da VMI. Mais uma vez senti algumas dificuldades no manuseio do ventilador, por me ser desconhecido, pelo que procurei questionar a enfermeira supervisora acerca do seu funcionamento, tendo conseguido ultrapassar as dificuldades ao fim da primeira semana. A aquisição de conhecimentos teóricos e práticos sobre este equipamento irá ser muito útil no local onde exerço funções, pois os ventiladores existentes serão trocados por ventiladores semelhantes aos usados na UCIMC. Tendo já conhecimento sobre estes, poderei manuseá-los de forma segura

e praticar cuidados seguros e de qualidade, e auxiliar os pares no seu manuseio atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais desempenhando assim a função de dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

Associado à VMI, pude aperfeiçoar a prática na otimização do TOT, nomeadamente na prevenção na PAV, sendo que no serviço existia uma incidência de 0%, relativamente ao ano anterior à realização do estágio. Para a sua prevenção os enfermeiros tinham especial atenção na higienização das mãos com solução alcoólica, utilização de protocolos de sedação e de desmame, com principal objetivo minimizar o período de ventilação invasiva, uso de clorhexidina na higiene oral, posicionamento da cabeceira ou plano da cama a 30°, proceder à mudança de filtros e traqueias e aspiração do doente ventilado apenas quando necessário, e dar privilégio à colocação da sonda orogástricas. Todas estas medidas iam ao encontro ao que se encontra preconizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2007). Ainda na área da ventilação tive diversas oportunidades de aperfeiçoar a minha prática na extubação da pessoa ventilada. O facto de o doente ter um TOT é um fator desencadeante de ansiedade devido à dificuldade em comunicar e por ser um corpo estranho que causa desconforto. Perante isto a extubação é um procedimento que irá contribuir para o conforto do doente ao nível do contexto físico e psicológico estando inserido nas medidas de *coaching*, mencionadas na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Para além da prevenção da PAV, os profissionais estavam despidos para a prevenção de outras infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Segundo a DGS esta “é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4). Estas dificultam um adequado tratamento dos doentes sendo reconhecidas como causa importante de mortalidade e morbilidade, sendo que uma em cada quatro pessoas internadas numa

UCI possui um risco acrescido de adquirir IACS (OMS, citado por Dias, 2010). Como medidas, a DGS recomenda a higienização das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual, tais como luvas, máscaras com ou sem proteção de face e olhos, bata, avental, isolamento dos doentes de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, a patologia e as vias de transmissão, prevenção de acidentes por picada e ensino ao doente e familiares (Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde, 2007). Estas medidas eram adotadas no serviço, tendo tido oportunidade de as pôr em prática durante o estágio.

No início senti alguma dificuldade em estar completamente desperta para as medidas a tomar, contudo com a orientação da enfermeira supervisora e da pesquisa realizada, consegui ir integrando estes cuidados tendo passado a ser um procedimento natural nos cuidados à PSC.

Com a aquisição destes conhecimentos pude desenvolver competências na área da **prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica** (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*). Com o desenvolvimento desta competência alterei algumas práticas individuais e dos pares do local onde exerço funções, nomeadamente o uso de aventais sempre que um doente é admitido na SR, o uso de máscara na abertura de material estéril como por exemplo na preparação da colocação de CVC, em manter o máximo possível a assepsia no manuseamento de dispositivos que estejam conectados ao doente, tais como cateteres venosos, drenagens vesicais e administração de medicação através das torneiras dos sistemas de soros.

Durante o tempo de estágio na unidade apercebi-me que os profissionais de saúde apresentavam uma grande sensibilidade na promoção do conforto dos doentes, nomeadamente na avaliação e controlo farmacológico e não farmacológico da dor, tendo tido a oportunidade de adquirir e desenvolver competências nesta área e de mobilizar conhecimentos adquiridos da minha formação base, experiência profissional e da pesquisa bibliográfica realizada.

Na unidade era usada a escala BPS para avaliação da dor na PSC, sendo esta

avaliada uma vez em cada turno e quando necessário. Para o seu controlo recorria-se a medidas não farmacológicas associadas às medidas farmacológicas, sendo que a maioria das pessoas internadas na unidade tinha em perfusão medicação sedo-analgésica. Contudo por vezes havia na unidade doentes não ventilados e não sedados, mas que tinham dificuldade em quantificar a dor que sentiam. Como não havia nenhuma ferramenta para auxiliar na avaliação da dor destas pessoas, propus à enfermeira chefe e enfermeira supervisora a construção de uma régua com a escala de faces (Apêndice 4). Esta proposta foi prontamente aceite, tendo sido a régua plastificada, por causa do controlo de infeção, e colocada uma em cada unidade.

Sendo o controlo da dor um meio de promoção do conforto (Kolcaba, 2003), algumas das minhas atividades tiveram como objetivo o controlo não farmacológico da dor. Para tal eram realizados posicionamentos, com intervalos de cerca de 4h, sendo que no momento de posicionar realizava-se uma massagem com creme hidratante, que para além de promover o conforto ajudava em manter a pele integra. Esta medida está contemplada na aplicação de intervenções de *comfort food for the soul*, também definidas como holísticas e que segundo Kolcaba (2003) podem ter como alvo qualquer um dos aspetos da promoção do conforto na estrutura taxonómica da sua teoria.

Houve uma situação de uma pessoa vítima de acidente de viação que apresentava fratura da omoplata com extenso hematoma do ombro. Neste caso foi colocado gelo com o objetivo de diminuir o hematoma e o edema, promovendo algum conforto ao nível do membro através do seu efeito como anti-inflamatório local. Esta medida proporcionava conforto através de cuidados de enfermagem básicos (Kolcaba, 2003).

Outra situação em que tive a oportunidade de promover o conforto foi após a admissão de um doente que provinha do BO, e que referia sentir-se desconfortável por ter muito frio. Nesta situação foi prontamente colocado um aquecedor externo para que desta forma pudesse aquecer o doente, tendo este, passados alguns minutos, referido sentir-se mais confortável, atingindo desta forma o estado de alívio (Kolcaba, 1994).

Num outro momento em que tive a oportunidade de mobilizar não só os conhecimentos adquiridos com a pesquisa bibliográfica, mas também conhecimentos prévios, foi na admissão de uma doente em fase terminal, que apresentava fáceis de dor e de desconforto. Perante esta situação pude mobilizar de forma assertiva os meus conhecimentos sugerindo um reposicionamento da doente tendo em atenção a sua estrutura física (cifose) e a substituição da administração de Morfina em bólus, por uma perfusão deste mesmo analgésico, visto desta forma ser mais eficaz no controlo da dor, sendo que à luz da teoria de Kolcaba (2003) nos cuidados prestados para a promoção do conforto estão contempladas intervenções que visem a administração de terapêutica analgésica. Desta forma foi possível proporcionar à doente o estado de alívio (Kolcaba, 1994).

Foi bastante gratificante observar as medidas que tinha proposto serem aceites pela equipa e que tiveram efeito no controlo da dor desta doente e consequentemente na promoção do seu conforto, indo ao encontro da relação existentes entre conforto e dor que é referido por Kolcaba na sua teoria. Com esta situação tive oportunidade de participar na construção da tomada de decisão em equipa e em demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

Relativamente à família da doente tive especial atenção na promoção do seu conforto, nomeadamente da filha, mostrando total disponibilidade para o esclarecimento de qualquer questão. Desta forma pretendi minimizar o *stress* associado à situação clínica da doente, sendo que a diminuição de *stress* associado à hospitalização de um familiar neste tipo de unidade, através da antecipação e resposta às necessidades da família na obtenção de informação, é uma das funções do enfermeiro (Jamerson *et al.*, 1996). Num estudo realizado por Mendes (2015), foi constatado que no momento inicial de internamento em UCI era marcante, sendo que a primeira necessidade da família é a obtenção de informação, visto existirem situações de grande vulnerabilidade física e emocional.

Nesta mesma situação, a doente quando foi admitida encontrava-se conectada

a *Bipap VIVO 40*. A equipa não tinha experiência no manuseio deste tipo de equipamento, porém é um equipamento que costumo utilizar com bastante frequência na minha prática diária aquando da transferência de doentes a nível intra-hospitalar e inter-hospitalar. Como futura enfermeira especialista, e tendo em conta a minha experiência com este tipo de equipamentos, mobilizei conhecimentos adquiridos previamente e conectei a doente, de forma adequada e com os parâmetros ventilatórios indicados pela equipa médica. Aproveitei este momento para dar alguma formação sobre o equipamento e o seu manuseamento à equipa. Considero que este momento foi de extrema importância, apesar de ter sido efetuado sem qualquer preparação prévia, permitindo-me transmitir conhecimentos necessários para que enfermeiros sem experiência no manuseio deste equipamento pudessem perceber a sua vantagem, identificar riscos e focar preocupações a ter.

Os cuidados prestados a esta doente foram bastante úteis para a mobilização de conhecimento na área da promoção do conforto à PSC. Como tal considere ser benéfico a realização de um jornal de aprendizagem (Apêndice 5) pois foi um meio de refletir de forma consistente e sistematizada sobre uma situação real de cuidados, permitindo desta forma, analisar as emoções vivenciadas e os cuidados prestados. Segundo Santos e Fernandes (2004) a reflexão é um importante meio de capacitação do profissional de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Este exercício possibilita ao profissional avaliar as suas intervenções, de forma a compreender o impacto que estas tiveram no outro e em si, dando origem a significados e aprendizagens significativas para situações reais com as quais este se depara durante a sua prática diária.

Tendo em conta a importante função que o enfermeiro tem no controlo não farmacológico da dor, e visto haver uma lacuna em dispositivos de rápida consulta sobre medidas não farmacológicas para o controlo da dor, propus à enfermeira chefe e enfermeira supervisora a elaboração de um póster com as medidas que se encontravam mais adequadas ao serviço (Apêndice 6).

Desta iniciativa, surgiu também a oportunidade de participar nas 10ª Jornadas do Doente Crítico, onde apresentei um póster sobre as medidas não farmacológicas

no controlo da dor na pessoa com trauma torácico (Apêndice 7). Esta experiência permitiu-me mobilizar conhecimentos adquiridos na prática e através da revisão da literatura e partilhar com outros enfermeiros, contribuindo para que estes fiquem mais despertos para a importância desta temática. Para além disso, a participação nestes eventos é uma oportunidade para treinar competências de exposição e argumentação, possibilitando discutir com peritos na área **permitindo desenvolver competências para sustentar a *práxis* clínica especializada com base em sólidos e válidos padrões de conhecimentos** (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011) devido à reflexão e incorporação do que foi ouvido/discutido.

Visto a promoção do conforto basear-se na avaliação do comportamento e da condição física da pessoa e do ambiente físico e social (Kolcaba & Kolcaba, 1991), as minhas intervenções também se focaram na promoção do conforto ao nível do contexto ambiental, psicoespiritual e social.

O doente internado vê-se afastado dos seus familiares/pessoas significativas, como forma de colmatar esta necessidade o serviço disponibilizava dois períodos para as visitas, um no início da tarde, às 14h, e outro às 18h cada um com duração de cerca de 1h, havendo sempre flexibilidade para situações específicas em que a família não tinha possibilidade de ir no horário estipulado. Devido ao significado atribuído pela família à proximidade com o doente, este período torna-se central na sua vivência (Mendes, 2015). Todos os profissionais deste serviço apresentavam uma enorme preocupação para com a família, estando em implementação o alargamento do período da visita.

A equipa médica e de enfermagem mostravam uma enorme disponibilidade para falar com as famílias e esclarecer todas as dúvidas que pudessem ter. Aquando da primeira visita, o enfermeiro responsável pelo doente, ia buscar o familiar à porta do serviço e explicava as rotinas do serviço relativamente às visitas, as normas de controlo de infeção (uso de aventais e desinfeção das mãos), o estado em que iria encontrar o seu familiar e toda a panóplia de máquinas e fios que o rodeavam. Esta preocupação para com a família, à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) é uma forma de potenciar o conforto social do doente e da sua família. Segundo Meleis

(2000), a presença da família ou de pessoas significativas pode contribuir para o bem-estar emocional da pessoa e da família.

Relativamente à promoção do conforto ao nível do contexto psicoespiritual, caso houvesse necessidade era possível contactar o pároco e a psicóloga. Por outro lado, a sala da unidade de nível III dispunha de televisão, para que os doentes conscientes pudessem ver televisão como forma de distração. A distração pode contribuir para a promoção do conforto psicológico (OE, 2008), visto prevenir ou diminuir a perceção da dor focando a atenção da pessoa em sensações não associadas à dor (Glanze citado por Williams, Davies, & Griffiths, 2009) auxiliando a pessoa a ultrapassar situações desagradáveis e dolorosas, promovendo o conforto e diminuindo a dor (Williams *et al.*, 2009).

Por fim, temos as alterações ambientais que também se apresentavam alteradas, visto que as pessoas internadas encontram-se num ambiente que não lhes é familiar com vários fatores de desconforto, tais como o ruído e as luzes. Para colmatar estes fatores e promover o conforto a este nível, houve sempre uma grande sensibilização por toda a equipa para que se mantivesse um ambiente sem ruído, e a partir das 23h eram desligadas as luzes para promover o descanso. Sempre que me apercebia que neste âmbito não estava a ser promovido o conforto, sugeria de forma assertiva para que fosse realizada alguma intervenção.

No tempo de estágio deparei-me com uma situação nova, um doente com necessidade de ECMO. Esta é uma técnica de circulação extracorporeal e tem como objetivo realizar suporte ventilatório prolongado com oxigenadores de membrana, estando indicado em situações de insuficiência respiratória aguda ou agudizada e ou falência cardíaca severa em que a ventilação mecânica não apresenta efetividade. O enfermeiro para poder prestar cuidados a doentes com necessidade desta técnica deve ter experiência comprovada em cuidados intensivos e ter frequentado um programa de formação que inclui uma componente teórica e uma componente prática no manuseamento do equipamento e ter estagiado num centro com comprovada experiência na realização desta técnica (*Parecer n.º 05/2013 de 29 de Julho da Ordem dos Enfermeiros*, 2013).

Nunca tinha prestado cuidados a doentes com esta técnica extracorporeal, sentido aqui uma lacuna nos meus conhecimentos. Para colmatar esta lacuna tive a necessidade de pesquisar sobre esta técnica e os cuidados que lhe estavam inerentes, atuando desta forma como dinamizadora e gestora da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cuidados (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*).

Quando soube da existência desta situação de potencial aprendizagem, questioneei a enfermeira supervisora sobre a possibilidade de ficarmos responsáveis por aquele doente de forma a adquirir conhecimentos práticos sobre aquela opção terapêutica e competências no cuidado à pessoa submetida a ECMO, rentabilizando desta forma as oportunidades de aprendizagem (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*). Prontamente o meu pedido foi aceite. A enfermeira supervisora explicou-me todo o processo de conexão do doente (designadamente canulação, que infelizmente não tive oportunidade de assistir), possíveis alterações hemodinâmicas e suas causas, e o protocolo que está associado aos cuidados a doentes com esta técnica. Esta oportunidade deu um elevado contributo para a aquisição de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*).

Nesta mesma situação houve um episódio em que o doente apresentou um período de hipotensão, tendo de imediato agido para tentar converter este quadro através do aumento do ritmo de perfusão de noradrenalina, o que se demonstrou eficaz. Apesar de ser “novidade” prestar cuidados a pessoas com esta técnica de suporte vital, esta situação não foi desencadeadora de *stress* visto que durante a minha experiência profissional tenho tido vários casos de doentes que iniciavam quadros repentinos de hipotensão, tendo tido **a capacidade de gerir uma resposta de elevada adaptabilidade individual** (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*).

Neste serviço também era comum haver doentes com técnica dialítica contínua,

tendo tido a oportunidade de conectar um doente a uma máquina Prisma, para iniciar tratamentos de hemofiltração contínua. Mais uma vez, nesta situação, tive a oportunidade de mobilizar conhecimentos prévios, visto ter dois anos de experiência em hemodiálise, mobilizando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e de forma competente (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

Neste período de estágio surgiu a oportunidade de colaborar com a enfermeira supervisora na revisão do carro de emergência, ficando a conhecer a sua estrutura e organização. Esta atividade veio a ser bastante importante, pois num turno em que houve a necessidade de entubar orotraqueal um doente, fiquei responsável pelo carro de emergência na preparação da medicação e do material de via aérea.

O fato de ter colaborado na revisão do carro e a forma como este se apresentava organizado facilitou na rápida identificação do material para aquela situação, o que me fez refletir sobre a organização do carro de emergência do serviço onde desempenho funções, tendo proposto ao enfermeiro-chefe a remodelação do carro, nomeadamente a organização da medicação, para que elementos que estejam há pouco tempo no serviço, e necessitem de o usar, não sintam dificuldade em encontrar o que necessitam diminuindo assim este fator de *stress*, o tempo de atuação e o risco de erro associado à probabilidade de troca de algum material/fármaco. Segundo Oliveira (2005, p.14) “uma boa gestão do risco permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados; promover efetivamente a segurança de profissionais e utentes, uma vez que as falhas sistémicas são identificadas”. Assim sendo, com esta remodelação pretendo criar um ambiente terapêutico seguro promovendo a aplicação de princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias pelos pares (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Esta proposta foi aceite e será um projeto a desenvolver.

Uma dificuldade sentida foi no tratamento de úlceras por pressão, contudo não senti dificuldades em avaliar o tipo de ferida/úlceras. A minha experiência profissional nesta área foi quando exerci funções num serviço de medicina (há cerca de sete anos), sendo que no serviço de urgência não temos muito material para realização de

pensos, tendo algum desconhecimento na designação e finalidade dos pensos. Para colmatar esta dificuldade fui questionando sempre a enfermeira supervisora acerca dos pensos, e discutia que tipo de tratamento era o mais indicado, mesmo não sabendo o nome do penso que muitas vezes tinha designação comercial.

Ainda inserido neste período de estágio, tive a oportunidade de participar no 3º encontro de enfermagem de emergência (1º encontro de enfermeiros especialistas em PSC) (Anexo 1). Entre os vários temas abordados saliento o tema da “Gestão da dor na PSC em contexto de SU e UCI” e do tema “Imobilização da pessoa vítima de trauma: Como? Quando? E até quando?” Estes temas foram um importante contributo para o meu percurso, pois foram abordados alguns aspetos importantes para a temática a que me propus estudar, contribuindo, desta forma para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na gestão da dor e na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico.

A baixa casuística de pessoas vítimas de trauma impediram a plena concretização deste objetivo, contudo após a análise global do estágio este foi bastante rico em situações de aprendizagem, nomeadamente na promoção do conforto e no controlo não farmacológico da dor na PSC. Com as competências adquiridas, acrescidas aos conhecimentos que já possuía da minha formação base e da minha prática clínica, facilmente podem ser transferíveis para o cuidado à pessoa vítima de trauma torácico tendo em atenção a especificidade de cada situação.

O tempo de estágio nesta unidade foi bastante benéfico no aprofundamento e mobilização de conhecimentos provenientes da minha formação base, pós graduação e experiência profissional, contribuindo desta forma para a aquisição de determinadas competências especializadas do enfermeiro especialista, tais como na gestão de cuidados, na responsabilidade profissional e na melhoria da qualidade. Como competências específicas na prestação de cuidados à PSC, saliento o **cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC** (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011*). Também estas competências encontram-se mencionadas nos objetivos do mestrado.

Este período de aquisição e desenvolvimento de competências também me permitiu ficar mais desperta para a importância da promoção do conforto na PSC e como esta pode ter repercussões positivas na evolução clínica, dando desta forma muito mais ênfase a esta temática nos cuidados prestados à PSC, principalmente da pessoa vítima de trauma admitido na SR.

Também considero que fiquei mais desperta e sensibilizada para a importância da família como elemento essencial a integrar nos cuidados a prestar à PSC, e também ela como alvo na promoção do conforto, sendo benéfico para a recuperação do doente (Nantz & Hines, 2015). Com os conhecimentos adquiridos pretendo mostrar aos pares que também a própria família necessita de cuidados e que seja promovido o seu conforto.

2.3 Contexto de estágio III – Serviço de Urgência Central

A última etapa do percurso culminou no SU, local onde exerço funções. O Serviço Urgência Central (SUC) é classificado como um serviço de urgência polivalente pelo despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro de 2008 do Ministério da Saúde. Este é constituído por duas áreas principais, a área de ambulatório e a área de internamento. À área de ambulatório correspondem os setores da triagem, reanimação (duas salas para uma capacidade total de três unidades, cada uma com ventilador), sala de espera da prioridade laranja, amarela, e verde/azul, cada uma com uma sala de tratamentos de enfermagem, uma sala de aerossóis para doentes exclusivamente do foro respiratório, um gabinete de cirurgia e setor de pequena cirurgia, e um setor de ortopedia com duas salas. Nestes setores existe pelo menos um enfermeiro em cada um, com exceção da ortopedia em que é o enfermeiro da pequena cirurgia que dá apoio quando necessário. Relativamente aos meios complementares de diagnóstico existe uma sala de colheita de análises clínicas, duas salas de radiologia, e uma sala para realização de electrocardiograma.

Na área de internamento corresponde ao SO como capacidade de 16 unidades, onde poderão estar internados doentes de todas as especialidades, estão escalados

três enfermeiros com doentes atribuídos, e um quarto elemento responsável pelas transferências intra e inter-hospitalares de doentes que necessitem de maior vigilância pela sua situação clínica.

Esta organização e funcionamento do SUC é supervisionada por um enfermeiro coordenador para a área de ambulatório, e um enfermeiro coordenador para a área de internamento, que podem, sempre que se justifique, realocar recursos humanos e materiais onde estes possam ser mais necessários de forma a colmatar fluxos de trabalho anormais.

A realização deste estágio teve como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC com particular enfoque na pessoa vítima de trauma torácico. Para além disso, esta etapa final também serviu para desenvolver competências na área da gestão, nomeadamente da coordenação do setor de internamento.

Objetivo 1: Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na promoção do conforto da PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico

Para atingir este objetivo realizei alguns turnos de acompanhamento da equipa de enfermagem, onde pude sensibilizar e auxiliar os pares na promoção do conforto da PSC e em particular da pessoa vítima de trauma trácico. Estes turnos serviram, também, para realizar um levantamento de necessidades da equipa acerca desta temática, decorrente das discussões ocorridas com os diferentes elementos das diversas equipas.

A realização destes turnos foi bastante rica em oportunidades de partilha de conhecimentos ao nível dos cuidados à PSC e da pessoa vítima de trauma torácico em particular, tendo tido oportunidade de mobilizar e adaptar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nos anteriores contextos de estágio. Esta sensibilização incidiu maioritariamente no momento dos cuidados de higiene e dos posicionamentos das pessoas internadas. Com estas atividades pude desempenhar um papel de

consultor quando os cuidados requeriam um nível de competência correspondente à minha área de especialização (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

Nestes turnos também tive oportunidade de mobilizar e partilhar os conhecimentos adquiridos na área dos cuidados à família e da prevenção de infeção. A abordagem destes temas teve incidência na SR, visto que no momento da admissão de doentes, a emergência de algumas situações faz com que sejam esquecidas algumas práticas de controlo de infeção. Para tentar colmatar algumas destas lacunas, realizei alguns turnos para perceber onde é que ocorria mais falhas, tendo denotado que era ao nível do uso de aventais na abordagem à pessoa e o uso de máscara no momento da preparação de material esterilizado. Para colmatar isto, nestes momentos dava aos elementos que se encontravam na sala a prestar cuidados, aventais e máscaras, tendo conseguido ir incutindo esta prática aos pares.

Relativamente à família apercebi-me que muitas vezes esta era “esquecida”, nomeadamente no momento em que o doente era levado para a realização de exames ou para o BO sem que fosse informada sobre o que ia acontecer, e sem lhes ser dado a oportunidade de ver o familiar doente. Como forma de colmatar esta lacuna, tentei solicitar a algum profissional que não estivesse, diretamente, a prestar cuidados à pessoa, que fosse informar a família do que se estava a realizar e que quando a sua situação clínica estivesse mais estabilizada ia ser informada com maior detalhe. Desta forma conseguia diminuir a ansiedade da família e a sensação de estar esquecida, como foi referido por alguns familiares.

Relacionado com o tema que escolhi estudar, ocorreram várias situações, contudo houve duas que acho pertinente referir, pois foram alvo de elaboração de um jornal de aprendizagem e de um estudo de caso.

A elaboração do jornal de aprendizagem (Apêndice 8) incidiu numa situação em que fui solicitada por um colega para o auxiliar na realização de algumas intervenções com as quais não estava muito familiarizado. Este colega encontrava-se escalado na SR a prestar cuidados a uma pessoa vítima de trauma torácico com

necessidade de colocação de cateter arterial e de drenagem torácica. Neste episódio tive oportunidade de partilhar os conhecimentos adquiridos nesta área, como também na área da promoção do conforto através do controlo da dor. Expliquei a melhor forma de posicionar o doente, tendo em atenção as restantes lesões, e a importância de associar o controlo farmacológico da dor com o não farmacológico.

Considero que este momento de formação foi bastante importante, apesar de ter sido sem preparação prévia, visto que num serviço de urgência é fundamental saber agir e ter uma atuação rápida para que se consiga atingir uma prestação de cuidados de excelência, sendo que o enfermeiro desempenha uma função importante na sala de reanimação (Fernandes, 2007). Para se atingir esta excelência de cuidados é fundamental que o profissional tenha formação específica na sua área de atuação sendo esta formação não apenas teórica mas também prática (Nunes, 2007), ficando assim mais apto e confiante para situações futuras.

Achei importante redigir um jornal de aprendizagem acerca deste episódio, pois, como já foi referido, este é um meio para refletir sobre uma situação real de cuidados, contribuindo para que ocorra uma aprendizagem e melhoria da ação num episódio idêntico que venha a ocorrer no futuro, (Abreu, 2003), dando um importante contributo no desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Relativamente ao estudo de caso, este incidiu numa situação de uma pessoa vítima de atropelamento, admitida na SR onde foram realizadas a avaliação primária e secundária. Como lesões apresentava traumatismo torácico com necessidade de colocação de drenagem torácica, lesão ao nível da cervical, fratura dos membros inferiores com necessidade de estabilização por imobilização provisória, e posterior ida ao BO.

Nesta situação foi possível mobilizar conhecimentos e transmiti-los ao colega que estava na prestação direta de cuidados. Tive oportunidade de promover o conforto do doente ao nível do contexto físico, ambiental e social. A nível físico, foram implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor. Relativamente às medidas não farmacológicas, pude aplicar a distração aquando da

realização de procedimentos dolorosos, tais como a punção venosa e a colocação de drenagem torácica. Nesta situação procurei demonstrar que o fato de conversar com o doente enquanto se realizava os procedimentos e explicar o que estava a ser feito é uma forma de diminuir a sensação de dor, diminuindo também a ansiedade que está associada a toda a situação. Kolcaba (2003) destaca a importância da redução da ansiedade como forma de gestão da dor.

Uma medida que ficou por realizar, mas que tive a preocupação de referir aos colegas que estavam na sala, era retirar o doente do plano duro. O fato deste permanecer no plano duro é um foco de desconforto (Edlich *et al.*, 2011), sendo importante este permanecer o menor tempo possível. Infelizmente, no serviço onde exerço funções é habitual manter as pessoas vítima de trauma imobilizadas em plano duro até haver indicação da ortopedia que se pode retirar o plano, permanecendo neste durante bastante tempo. Pretendo conseguir alterar este hábito através da realização de momentos de formação dando ênfase ao fato da lesão ocorrer no momento do impacto e não em movimentos subsequentes (estando apenas indicado para o transporte) (Connor, Greaves, Porter, & Bloch, 2013) e que se não houver lesão a sua imobilização por período superior a 30 minutos irá provocar dor e desconforto (Cordell, Hollingsworth, Olinger, Stroman, & Nelson, 1995; Edlich *et al.*, 2011; Ham, Schoonhoven, Schuurmans, & Leenen, 2014; Yeung, Cheung, Graham, & Rainer, 2006). Como alternativa à imobilização, caso a pessoa vítima de trauma se encontre consciente e orientada, pode-se solicitar que não se mova.

Nesta situação, também promovi o conforto ao nível do contexto ambiental, através da sensibilização da equipa médica e de enfermagem em manter o ambiente o mais calmo possível, tentando diminuir ou eliminar as conversas paralelas e diminuir o tom de voz.

Por fim, antes que a pessoa fosse ventilada, sugeri que fosse permitido à família entrar na sala para ver o doente para ficar ao corrente da situação clínica e dos cuidados a prestar. Como foi referido anteriormente, a presença da família ou de pessoas significativas pode contribuir para um bem-estar emocional da pessoa e da família (Meleis *et al.*, 2000) contribuindo desta forma para a promoção do conforto

social (Kolcaba, 2003).

A elaboração de um estudo de caso para esta situação constituiu uma importante ferramenta formativa. Segundo Benner (2001) os enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

Esta situação foi um importante contributo para o meu desenvolvimento como enfermeira especialista, pois pude adaptar as técnicas não farmacológicas de controlo da dor da PSC, numa pessoa vítima de trauma torácico e contribuir para a adotar e promover a adoção de medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011) e para demonstrar que é possível promover o conforto mesmo nas situações mais emergentes.

Aliado a estes momentos de formação, achei pertinente realizar uma sessão de formação sobre a temática em estudo com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da promoção do conforto e da gestão não farmacológica da dor na PSC e em particular, na pessoa vítima de trauma torácico.

Para elaborar da melhor forma a sessão, realizei um questionário de diagnóstico (Apêndice 9) para fazer um levantamento das necessidades de formação da equipa, sendo que nos últimos meses foram integrados elementos novos provenientes de outros serviços. Com a elaboração deste questionário apercebi-me que a equipa reconhecia a importância das medidas não farmacológicas, contudo a que mais aplicavam era os posicionamentos. Outro dado importante que detetei, é que a avaliação da dor nas pessoas sedadas e/ou ventiladas, que é uma realidade na SR, não era realizada da forma mais correta. Como tal, surgiu a oportunidade de dar a conhecer a escala de dor BPS e de implementá-la na sala de reanimação. Para tal sugeri ao Enfermeiro-Chefe a colocação de pequenas escalas (Apêndice 10) em cada unidade, com os parâmetros a avaliar, e de colocar em cada SR um póster explicativo da escala (Apêndice 11). Esta ideia foi aceite e colocada em prática, porém como no serviço é usado o programa informático *ALERT*, onde não é possível acrescentar esta

escala, foi acordado que a avaliação da dor através da escala BPS seria mencionada nas notas de enfermagem. A aplicação desta escala é importante para realizar de forma correta a avaliação da dor, sendo que Kolcaba (2003) menciona a importância do estabelecimento de linhas orientadoras para a avaliação da dor.

Após a análise do diagnóstico de situação (Apêndice 9) foi elaborado um plano de sessão (Apêndice 12) onde se estipulou as etapas que a mesma teria assim como os conteúdos a abordar e a duração de cada uma.

A sessão de formação (Apêndice 12) teve como tempo previsto 20 minutos, com início às 15 horas para poder contar com a participação dos enfermeiros que iriam entrar de turno. Esta foi repetida em quatro sessões nos dias 4, 5, 6 e 7 de Janeiro de 2016, de forma a abranger as quatro equipas existentes no serviço. No final desta foi distribuído e solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação da sessão com garantia do anonimato (Apêndice 13).

Com a realização da sessão de formação pude transmitir alguns dos conhecimentos adquiridos nos contextos de estágio anteriores desenvolvendo competências como elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na minha área de especialidade (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Desta forma procurei promover a qualidade dos cuidados prestados na promoção do conforto da PSC com especial enfoque na pessoa vítima de trauma torácico indo ao encontro do domínio das competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011).

Objetivo 2: Desenvolver competências na área da gestão e coordenação da equipa de enfermagem

Na realização deste estágio, também achei importante para o meu desenvolvimento como futura enfermeira especialista adquirir competências na área da gestão e supervisão. Segundo Proctor (citado por Abreu, 2007) a supervisão clínica abrange três funções, a normativa, a formativa e a restaurativa. A função normativa é

referente ao conjunto de iniciativas que visam a promoção da qualidade dos cuidados e a redução de risco, a formativa visa o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, e a função restaurativa tem como objetivo o suporte necessário para que o supervisionado se adapte à panóplia de pressões resultantes dos inúmeros contextos circundantes. O coordenador tem estas 3 funções, é ele que tem a função de integrar os novos elementos, assim como é o elemento de referência em situações mais complexas que a equipa não consegue resolver, assegurando a qualidade dos cuidados.

De forma a perceber a interligação destas funções, acompanhei o coordenador de SO em alguns turnos. Este tem como função gerir a alocação dos doentes nas camas, gerir a equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, fazer, quando necessário, a ligação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, gerir o material e medicação que seja necessário e que não se encontra disponível, e gerir as visitas dos familiares.

Também tive a oportunidade de realizar funções de coordenador de internamento, principalmente no acolhimento à família na hora das visitas. Nesta altura o coordenador tem de ter um pleno conhecimento de todas as pessoas que se encontram internadas, o motivo do seu internamento e a evolução do seu estado clínico, visto que na hora da visita é sua função fazer o seu acompanhamento e fornecer informação mais importante do seu estado clínico. Posteriormente se a família colocar questões mais específicas, este remete ao enfermeiro/médico responsável.

A realização destes turnos tiveram um importante contributo para o desenvolvimento de competências na área da gestão definidas pela OE no regulamento comum do EE (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Das competências adquiridas destaco a gestão dos cuidados através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Segundo Alarcão e Tavares (2003) o estágio é caracterizado por permitir crescer e assegurar experiências significativas e exemplificativas da realidade, para com isso se promover os requisitos necessários ao desempenho autónomo e eficaz. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências, não é apenas a passagem do tempo mas a junção deste à vivência e reflexão sobre situações reais (Benner, 2001).

A trajetória realizada surgiu da necessidade pessoal de melhorar a prestação de cuidados na promoção do conforto à pessoa vítima de trauma torácico no serviço de urgência. Esta trajetória culminou na elaboração deste relatório, que não foi só um guia descritivo do meu percurso de estágio, mas acima de tudo, uma ferramenta pessoal que me permitiu refletir, avaliar e registar o trajeto percorrido, descrevendo e analisando de forma crítica ideias, interesses, atividades, experiências e as competências adquiridas, contribuindo para o repensar das práticas diárias e potenciando mudanças de comportamento. A prática reflexiva foi uma componente importante ao longo do estágio, através da elaboração de jornais de aprendizagem, realização e discussão de estudos de caso e por momentos de aprendizagem onde ocorreu a partilha de conhecimentos e experiências com os pares. Estes momentos de reflexão são importantes para se poder fazer a análise das ações e perceber onde falhámos para se poder corrigir, mas também onde tivemos sucesso percebendo a sua origem, para posteriormente transferir esse conhecimento para outras situações semelhantes de forma a melhorar os cuidados prestados.

A primeira parte deste relatório, que coincide com o início deste percurso, é referente à definição do tema estudado através de uma revisão da literatura que possibilitou desenvolver e fundamentar a tomada de decisão, nos diferentes contextos de estágio, sobre a promoção do conforto à PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico.

O estágio na UCIP foi importante, pois foi o início do longo percurso percorrido para a aquisição de competências especializadas. Neste serviço os profissionais

tinham atenção à promoção do conforto das pessoas internadas, contudo davam mais ênfase ao controlo farmacológico da dor do que ao controlo não farmacológico. Através de momentos de discussão com os pares foi possível a sensibilização da importância de associar as medidas farmacológicas na gestão da dor às medidas não farmacológicas. Ao analisar os objetivos delineados para este contexto e respetivas atividades, tais como a prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de trauma torácico, a existência de vários momentos de discussão e reflexão com a enfermeira supervisora e restantes pares, penso ter conseguido concretizá-los na sua plenitude, dando assim início à aquisição de competências.

No que se refere ao estágio da UCIMC, este foi o continuar do percurso iniciado no contexto anterior. Mesmo sendo uma unidade polivalente como a anterior, a sua dinâmica era muito diferente. Os profissionais atribuíam bastante importância à promoção do conforto da pessoa e estavam bastante sensibilizados para a gestão da dor através da associação do controlo farmacológico com o controlo não farmacológico. Este fator foi bastante benéfico para a minha aquisição e desenvolvimento de competências nesta área. À semelhança do contexto anterior, ocorreram vários momentos de reflexão sobre as intervenções a aplicar e quais seriam mais benéficas para a pessoa em causa.

Ao analisar os objetivos delineados para este serviço, há que referir que devido a fatores externos relacionados com a falta de casuística de pessoas vítimas de trauma torácico durante o período de estágio os mesmos não foram cumpridos na sua plenitude. Esta dificuldade facilmente foi ultrapassada através da orientação da enfermeira supervisora e da professora orientadora e dos momentos de reflexão que tivemos, apercebendo-me que as competências adquiridas poderiam ser transferidas para a pessoa vítima de trauma torácico. Também esta capacidade de adaptação é uma competência do enfermeiro especialista (*Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011) e do enfermeiro perito (Benner, 2001).

Por último, o estágio no meu contexto de trabalho serviu para contribuir para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico e para aquisição de competências na

área da gestão.

Destaco ainda a participação nas 10ª Jornadas do Doente Crítico com o contributo de um póster sobre a “Gestão da dor na pessoa vítima de trauma torácico” e o contributo deixado na UCIMC, nomeadamente a realização de uma régua da dor e de um póster sobre “A dor na pessoa em situação crítica – medidas de gestão não farmacológicas”.

Nos três contextos de estágio foram várias as competências comuns e específicas do EE adquiridas, contribuindo para melhoria dos cuidados de enfermagem à PSC, dando assim resposta às necessidades afetadas, nomeadamente na manutenção das funções básicas de vida, na prevenção das complicações e na diminuição das incapacidades, e com a finalidade de recuperação total da pessoa (*Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*, 2011). Com a aquisição das competências mencionadas, e a realização de uma formação estruturada e organizada é possível o planeamento das práticas de trabalho maximizando a efetividade da minha atuação (Silva & Lage, 2010).

No decorrer do percurso de estágio foram sentidas algumas dificuldades e deparei-me com algumas limitações. Relativamente às limitações, destaco a baixa casuística de pessoas vítimas de trauma torácico. Porém, adquiri competências na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente na promoção do conforto, que irei aplicar na minha prática profissional.

As dificuldades sentidas também foram algumas, tanto a nível pessoal como profissional. Apesar de ter experiência na prestação de cuidados à PSC, deparei-me com algumas situações que não tinha tanta experiência, tais como monitorização de débito cardíaco, ECMO, algumas modalidades ventilatórias e estratégias de prevenção da infeção. Como forma de ultrapassar estas dificuldades foram realizadas revisões da literatura e várias discussões com os pares, enfermeira supervisora e professora orientadora, tendo sido ultrapassadas e “transformadas” em oportunidades de aprendizagem.

A realização do estágio e a elaboração deste relatório permitiram-me obter uma visão mais abrangente da prestação de cuidados de enfermagem com qualidade. A identificação de situações problema ficou mais clarificada, tal como a forma de lhes dar resposta passou a surgir mais naturalmente, sendo esta uma mais-valia deste curso e um importante contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Aliado a isto, o conhecimento, as competências adquiridas e a prática baseada na evidência, contribuíram para que fosse possível o início da transição para o estágio de perita, compreendendo de forma intuitiva cada situação e apreendendo diretamente o problema (Benner, 2001).

Com o caminhar para o estágio de enfermeira perita, considero que os cuidados na promoção do conforto são realizados com maior qualidade, visto que o enfermeiro perito tem como competências tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de fraqueza extrema, interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias mais apropriadas para a controlar e gerir, promover apoio emocional e informar as famílias dos doentes (Benner, 2001).

Após terminada esta etapa que teve início há ano e meio, com o ingresso no curso de mestrado, é com enorme satisfação que afirmo que na minha prática diária está certamente refletida toda a aprendizagem e competências adquiridas ao longo deste tempo, tendo mudado certas atitudes e começado a prestar cuidados com mais qualidade.

Como sugestão para futuros trabalhos, é importante investir no controlo da dor no trauma e na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico. Esta é uma temática pouco estudada, contudo de extrema importância para o bem-estar da pessoa, para uma rápida estabilização e recuperação, mas principalmente para prevenir complicações inerentes ao trauma como por exemplo o agravamento da dispneia associado à dor, à ansiedade e ao *stress*. Sugere-se ainda a implementação de estratégias de auditoria, *feedback* das práticas, com uma amostra significativa, para testar/comprovar a eficácia das intervenções não farmacológicas no controlo da dor e consequente promoção do conforto. Por último, a criação de protocolos nos SU

para controlo farmacológico da dor, visto ser uma forma de diminuir as barreiras para o adequado controlo da dor nos serviços de urgência (Berben et al., 2012), sendo este um projeto que ambiciono implementar no meu contexto de trabalho.

Termino este relatório consciente que não terminou aqui o meu caminho, apenas foi o terminar de uma etapa e o iniciar de outra, continuando daqui para a frente um novo percurso em conjunto com os meus pares, com mais responsabilidade e com consciência do meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira, ambicionando conseguir atingir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência nos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. de. (2007). *Formação e aprendizagens em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau.
- Ahlers, S. J., van Gulik, L., van der Veen, A. M., van Dongen, H. P., Bruins, P., Belitser, S. V., ... Knibbe, C. A. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, 12(1), 1–8. doi:10.1186/cc6789
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Aleixo, F. (2007). *Unidade de Cuidados Intensivos - Manual de Enfermagem*. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE. Retrieved from http://www.chbargarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Serviços/UCI/Manual de Enfermagem UCI.pdf
- American College of Surgeons, & Committee on Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support - ATLS* (9th ed.). Chicago: American College of Surgeons.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 11(9), 61–67. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Ashurst, S. (1998). Cuidados de Enfermagem de doentes ventilados mecanicamente em UCI:2. *Nursing*, (121), 10–17.
- Azeredo, T., & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 44–54. Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101365&code=53a65ba83a4f8cbab67cba9acb1cc71a42855acf>

- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2008). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. In C. Bausewein (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD005623). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD005623.pub2
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berben, S. A. A., Meijs, T. H. J. M., van Grunsven, P. M., Schoonhoven, L., & van Achterberg, T. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*, 43(9), 1397–1402. doi:10.1016/j.injury.2011.01.029
- Bertone, T., Ribeiro, A. P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, (3), 1–5. Retrieved from <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Calil, A. M., & Pimenta, C. A. de M. (2005). Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(3), 325–332. doi:10.1590/S0080-62342005000300011
- Chadwick, J. R. (2010). Prone Positioning in Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing*, 17(4), 201–207. doi:10.1097/JTN.0b013e3181ff2813
- Christie, R. J. (2008). Therapeutic positioning of the multiply-injured trauma patient in ICU. *British Journal of Nursing*, 17(10), 638–642. doi:10.12968/bjon.2008.17.10.29477
- Cohen, S. P., Christo, P. J., & Moroz, L. (2004). Pain Management in Trauma Patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(2), 142–161. doi:10.1097/01.PHM.0000107499.24698.CA

- Connor, D., Greaves, I., Porter, K., & Bloch, M. (2013). Pre-hospital spinal immobilisation: an initial consensus statement. *Emergency Medicine Journal*, 30(12), 1067–1069. doi:10.1136/emmermed-2013-203207
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações Seguras, Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Acção. ICN International Council of Nurses*. Ordem do Enfermeiros. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf
- Cordell, W. H., Hollingsworth, J. C., Olinger, M. L., Stroman, S. J., & Nelson, D. R. (1995). Pain and Tissue-Interface Pressures During Spine-Board Immobilization. *Annals of Emergency Medicine*, 26(1), 31–36. doi:10.1016/S0196-0644(95)70234-2
- Decreto-Lei nº111/2009 de 16 de Setembro da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 1.ª série — N.º 180 — 16 de Setembro de 2009 (2009). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf
- Demir, Y. (2012). Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. In G. Racz (Ed.), *Pain Management - Current Issues and Opinions* (pp. 485–502). InTech. doi:10.5772/30050
- Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro do Ministério da Saúde, Diário da República, 2.ª série — N.º 42 — 28 de Fevereiro de 2008 (2008). Retrieved from http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Anexo-2-Rede-Urgencias-DR-Despacho-5414-2008-de-28-Fevereiro-de-2008-1.pdf
- Dias, F. S., Rezende, E., Mendes, C. L., Réa-Neto, Á., David, C. M., Schettino, G., ... Brilhante, Y. N. de A. (2006). Parte II: monitorização hemodinâmica básica e cateter de artéria pulmonar. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(1), 63–77. doi:10.1590/S0103-507X2006000100012

- Dias, S. (2010). Prevenção de Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, 17(1), 47–53. Retrieved from http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_47a53.pdf
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores de Dublin. Retrieved April 20, 2015, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. Retrieved from http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/ControloInfeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa. Retrieved from <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Edlich, R. F., Mason, S. S., Vissers, R. J., Gubler, K. D., Thacker, J. G., Pharr, P., ... Long, W. B. (2011). Revolutionary advances in enhancing patient comfort on patients transported on a backboard. *The American Journal of Emergency Medicine*, 29(2), 181–186. doi:10.1016/j.ajem.2009.08.027
- Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma Nursing Core Course (TNCC)* (6ª ed.). Emergency Nurses Association.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objetivos e competencias do CMEPSC. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar Enfermagem*, 7(2), 34–47.
- Gomes, E., Moreira, D., Chaló, D., Dias, C., Neutel, E., Aragão, I., & Costa-Pereira, A. (2011). O doente politraumatizado grave, Implicações da ruralidade na mortalidade, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Medica Portuguesa*, 24(1), 81–90. Retrieved from <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/340/110>
- Gomes, F., Amendoeira, J., & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, (7), 54–60. Retrieved from http://issuu.com/lodipi/docs/revista_spesm_7
- Ham, W., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J., & Leenen, L. P. H. (2014). Pressure ulcers from spinal immobilization in trauma patients. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 76(4), 1131–1141. doi:10.1097/TA.0000000000000153
- Hannay, J. A., Jackson, A. J., & Dreyer, J. S. (2010). Chest Trauma : Diagnosis and Management of serious injuries . *New England Journal of Medicine*, 361, 680–699. Retrieved from <http://ptolemy.library.utoronto.ca/sites/default/files/reviews/2012/March - Chest.pdf>
- Hou, Y.-F., Zhao, A.-P., Feng, Y.-X., Cui, X.-N., Wang, L.-L., & Wang, L.-X. (2014). Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 573–578. doi:10.1111/ijn.12200

- International Council of Nurses. (2002). *Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem, CIPE/ICNP ® versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 25(6), 467–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8950126>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. doi:10.1067/mno.2001.110268
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle Range Theories Application to nursing research* (3^a ed., pp. 193–208). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from [http://www.rhc.ac.ir/Files/Download/pdf/nursingbooks/Middle_Range_Theories_Application_to_Nursing_Research-2013 - Cd.pdf](http://www.rhc.ac.ir/Files/Download/pdf/nursingbooks/Middle_Range_Theories_Application_to_Nursing_Research-2013_-_Cd.pdf)
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–10. Retrieved from [http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Analysis Concept of Comfort.pdf](http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991_-_Analysis_Concept_of_Comfort.pdf)
- Legare, C., & Sawatzky, J.-A. V. (2010). Dyspnea in the Thoracic Trauma Patient. *Journal of Trauma Nursing*, 17(1), 36–42. doi:10.1097/JTN.0b013e3181d9151b
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.
- Marklew, A. (2006). Body positioning and its effect on oxygenation--a literature review. *Nursing in Critical Care*, 11(1), 16–22. Retrieved from Cinhal database.

- Matos, A., & Sobral, A. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Rev Port Med Int*, 17(1), 61–65. Retrieved from http://www.spci.pt/revista/vol_17/2010331_rev_mar10_volume17n1_61a65.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos - desalojar o desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, L. (2007). O Doente com Cateter Venoso Central. *Nursing*, 223. Retrieved from <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3012-o-doente-com-cateter-venoso-central#.Vid1xxGFPIU>
- Ministério da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde. (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>
- Moore, E., Mattox, K., & Feliciano, D. (2006). *Manual do Trauma* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Nantz, S., & Hines, A. (2015). Trauma Patients' Family Members' Perceptions of Nurses' Caring Behaviors. *Journal of Trauma Nursing*, 22(5), 249–254. doi:10.1097/JTN.0000000000000149
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing*, (219). Retrieved from <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.VoxhRRHnnIU>
- Nunes, F. M., Meira, P. M., Martins, A. G., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. N., ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de Trauma* (5th ed.). Loures: Lusociência.

- Oliveira, J. (2005). Gestão do risco hospitalar - perspectiva multiprofissional. *Ordem Dos Enfermeiros*, (19), 12–15.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática* (No. 1). Lisboa. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Médicos, & Grupo de trabalho de trauma. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos. Retrieved from <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=fcde14913c766cf307c75059e0e89af5>
- Parecer n.º 05/2013 de 29 de Julho da Ordem dos Enfermeiros (2013). Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer sobre as Competências do Enfermeiro para Utilização do Equipamento de Oxigenação por Membrana Extracorporal.pdf>
- Perry, A. G., & Potter, P. (2012). *Fundamentals of Nursing* (8ª ed.). Riverport Lane: Elsevier.
- Razi, E. (2014). Mechanical Ventilation in Chest Trauma. *Archives of Trauma Research*, 3(4), 4–5. doi:10.5812/atr.25446
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República: 2.ª série, N.º 35 (2011). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento 124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: 2.ª série, N.º 35 (2011). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

- Ribeiro, N. C. A., Barreto, S. C. C., Hora, E. C., & Sousa, R. M. C. de. (2011). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1), 146–152. doi:10.1590/S0080-62342011000100020
- Richmond, T. S., & Aitken, L. M. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2741–2753. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05749.x
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, (11), 59–62. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=215&codigo=
- Scholten, A. C., Berben, S. A. A., Westmaas, A. H., van Grunsven, P. M., de Vaal, E. T., Rood, P. P. M., ... Schoonhoven, L. (2015). Pain management in trauma patients in (pre)hospital based emergency care: Current practice versus new guideline. *Injury*, 46(5), 798–806. doi:10.1016/j.injury.2014.10.045
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, (16), 3–13. Retrieved from [http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/9208/1/Revista Percursos n16_Nursing Activities Score - Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/9208/1/Revista_Percursos_n16_Nursing_Activities_Score_-_Índice_de_avaliação_da_carga_de_trabalho_de_Enfermagem_na_UCI.pdf)
- Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Souza, V. S., Santos, A. C., & Pereira, L. V. (2013). Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. *Scientia Medica*, 23(2), 96–101. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/11174/9652>

- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–78. doi:10.4037/ccn2013804
- Unsworth, A., Curtis, K., & Asha, S. (2015). Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1), 17. doi:10.1186/s13049-015-0091-5
- Watt-Watson, J. H. (2003). Dor e controlo da Dor. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed., pp. 363–390). Loures: Lusociencia.
- WHO. (2005). *The solid facts on unintentional injuries and violence in the WHO European Region*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98611/fs1105e.pdf?ua=1
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145–155. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-f6d3d8586dee%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010314692>
- Wright, A. J. (2011). Trauma Resuscitations and Patient Perceptions of Care and Comfort. *Journal of Trauma Nursing*, 18(4), 231–238. doi:10.1097/JTN.0b013e31823a49eb
- Yeung, J. H. H., Cheung, N. K., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2006). Reduced time on the spinal board—effects of guidelines and education for emergency department staff. *Injury*, 37(1), 53–56. doi:10.1016/j.injury.2005.05.002

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Cronograma da distribuição temporal do estágio nos diferentes contextos de estágio

Cronograma da distribuição temporal do estágio nos diferentes contextos de estágio

Locais de Estágio	Datas	Duração
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	1 de Setembro até 4 Outubro de 2015	125 horas
Serviço de Medicina Intensiva - Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgico	12 de Outubro até 11 de Dezembro de 2015	200 horas
Serviço de Urgência Central	14 de Dezembro de 2015 até 7 de Janeiro de 2016	88 horas
Participação em Congressos		Data
3º Encontro de Enfermagem de Emergência – 1º Encontro de Enfermeiros Especialista em Pessoa em Situação Crítica		20 a 21 de Novembro de 2015
10ª Jornadas do Doente Crítico		28 a 29 de Janeiro de 2016

APÊNDICE 2 – Objetivos e atividades planeadas para os diferentes contextos de estágio

**Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Contexto de Estágio I:
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

Objetivos	Atividades
1. Conhecer a estrutura física do serviço, organização da equipa multidisciplinar, recursos existentes e dinâmica do serviço	<p>Reunião com enfermeiro chefe;</p> <p>Reunião com a equipa multidisciplinar;</p> <p>Consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes no serviço;</p> <p>Visita guiada pelo serviço;</p> <p>Identificar o circuito da PSC e/ou vítima de trauma desde a admissão até à data da sua transferência.</p>
2. Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à PSC em contexto de UCI, com particular enfoque na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico e família	<p>Pesquisa bibliográfica, sobre o cuidado à PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico e de acordo com as situações de aprendizagem existentes em estágio;</p> <p>Discutir e analisar situações de aprendizagem com a enfermeira supervisora;</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico identificando as alterações ao nível do bem-estar físico, psicossocial e espiritual;</p> <p>Prestar auxílio na execução de técnicas invasivas;</p> <p>Avaliar a dor, o bem-estar e o conforto da PSC com principal enfoque pessoa vítima de trauma torácico e otimizar as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.</p>
3. Refletir sobre a <i>práxis</i>	<p>Elaboração de estudo de caso;</p> <p>Discussão do estudo de caso com enfermeira supervisora e professora orientadora;</p> <p>Análise individual e discussão das situações de aprendizagem com os pares.</p>
4. Contribuir para a melhoria dos cuidados	<p>Discussão de artigos relevantes com os pares;</p> <p>Partilha de conhecimentos com os pares;</p> <p>Sugestão de procedimentos de enfermagem apoiados na evidência científica.</p>

**Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Contexto de Estágio II:
Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgico (UCIMC)**

Objetivos	Atividades
1. Conhecer a estrutura física do serviço, organização da equipa multidisciplinar, recursos existentes e dinâmica do serviço	Reunião com enfermeiro chefe; Reunião com a equipa multidisciplinar; Consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes no serviço; Visita guiada pelo serviço; Identificar o circuito da PSC e/ou vítima de trauma desde a admissão até à data da sua transferência.
2. Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à PSC em contexto de UCI, com particular enfoque na promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico e família	Pesquisa bibliográfica, sobre o cuidado à PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico e de acordo com as situações de aprendizagem existentes em estágio; Discutir e analisar situações de aprendizagem com a enfermeira supervisora; Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico identificando as alterações ao nível do bem-estar físico, psicossocial e espiritual; Prestar auxílio na execução de técnicas invasivas; Avaliar a dor, o bem-estar e o conforto da PSC com principal enfoque pessoa vítima de trauma torácico e otimizar as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.
3. Contribuir para a melhoria dos cuidados	Discussão de artigos com os pares; Partilha de conhecimentos com os pares; Elaboração de um póster sobre uma temática pertinente para o serviço.
4. Refletir sobre a praxis	Elaboração de Jornais de Aprendizagem e discussão dos mesmos com a enfermeira orientadora e professora supervisora; Elaboração de um póster sobre uma temática pertinente para o serviço.

**Quadro 3 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Contexto de Estágio III:
Serviço de Urgência**

Objetivos	Atividades
1. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no conforto da PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma torácico	Realizar um diagnóstico de situação; Planejar a dinamização e avaliação das sessões de formação; Realizar sessões de formação sobre a promoção de conforto e do controlo não farmacológico da dor na PSC com principal enfoque na pessoa vítima de trauma; Supervisionar as práticas clínicas da equipa.
2. Desenvolver competências na área da gestão e coordenação da equipa de enfermagem	Acompanhar o enfermeiro coordenador do internamento em gestão de equipas, acolhimento à família.

APÊNDICE 3: Metodologia da pesquisa de artigos científicos em bases de dados

Metodologia da pesquisa de artigos científicos em bases de dados

Plataforma: *EBSCOhost*

Data de acesso: Setembro 2015 – Dezembro 2016

Limitadores de Pesquisa:

- Ano de publicação: 2010-2016
- Adultos

P1 – “Trauma” OR “Trauma Patients”

Cinahl Plus with full texto: 53,817

MEDLINE with full texto: 225,309

P2 – “Nurse Assessment” OR “Nursing Care” OR “Trauma Nurse”

Cinahl Plus with full texto: 45,372

MEDLINE with full texto: 46,215

P3 – “Thoracic Trauma”

Cinahl Plus with full texto: 249

MEDLINE with full texto: 1635

P1 AND P2 AND P3

Cinahl Plus with full texto: 2

MEDLINE with full texto: 3

P4 – “Pain management” AND “Thoracic trauma”

Cinahl Plus with full texto: 4

MEDLINE with full texto: 3

P5 – “Pain management” AND “Non-pharmacologic”

Cinahl Plus with full texto: 15

MEDLINE with full texto: 9

Plataforma: Science Direct

Data de acesso: Setembro 2015 – Janeiro 2016

Limitadores

- Ano de publicação: 2015-2016
- Jornal
- Pain, Injury, emergency
- Full Text

P1: “Thoracic trauma” AND “Nurse assessment” OR “Nursing Care”

n: 967

P2: “Thoracic Trauma” AND “Pain management”

n: 40

Plataforma: B-ON

Data de Acesso: Setembro 2015 – Janeiro 2016

Limitadores:

- Ano de publicação: 2010-2016
- Full Text
- Revistas, Revistas académicas

P1: “Thoracic trauma” AND “Nurse Assessment”

n: 136

P2: “Thoracic Trauma” AND “Pain Management” AND “Non-pharmacologic intervention”

n: 451

Plataforma: Scielo Brasil

Data de acesso: Setembro 2015-Janeiro 2016

P1: Trauma Torácico AND cuidados de enfermagem

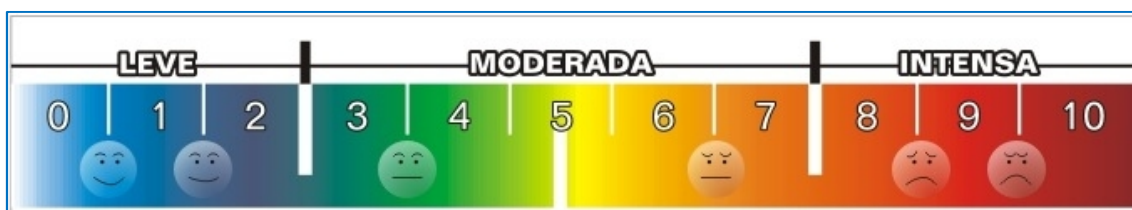
n: 1

P2: Trauma torácico

n: 7

APÊNDICE 4: Escala da dor (Escala Visual Analógica) que foi elaborada para a
UCIMC

Foi proposta a Escala Visual Analógica tendo sido utilizada a seguinte imagem e plastificado 11 exemplares.



Retirada de:

https://www.google.pt/search?q=escala+visual+anal%C3%B3gica+da+dor&biw=1301&bih=592&source=Inms&tbnm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi7g8uK6PfKAhUE6RQKHeaoAl8Q_AUIBigB#imgsrc=tla1eRD1Koo4UM%3A

APÊNDICE 5: Jornal de Aprendizagem – Estágio na UCIMC: Promoção de medidas de conforto a uma doente em fase terminal

CONTEXTO DE ESTÁGIO II – JORNAL DE APRENDIZAGEM

Promoção de medidas de conforto a uma doente em fase terminal

Segundo Santos (2004) a prática reflexiva é um importante meio de capacitação do estudante e do profissional de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus conhecimentos e práticas. Este exercício possibilita ao profissional avaliar as suas intervenções, de forma a compreender o impacto que estas tiveram no outro e em si, dando origem a sentidos e aprendizagens significativas para situações reais com as quais este se depara durante a sua prática diária (Santos & Fernandes, 2004).

Assim sendo, a reflexão contribui para que possa ser realizada uma avaliação da situação, de forma a contribuir para que haja uma aprendizagem e melhorar a ação, num episódio idêntico que venha a ocorrer no futuro. Esta é uma componente essencial e implícita na prática profissional da enfermagem (Abreu, 2003) dando um grande contributo no desenvolvimento pessoal e profissional.

Este período de estágio tem sido muito rico em situações de aprendizagem sobre o cuidado à pessoa em situação crítica e muito enriquecedor na aquisição de conhecimentos na promoção do conforto e no tratamento não farmacológico da dor. De todas as situações vivenciadas, houve uma que me fez pensar na importância do papel do enfermeiro na promoção do conforto e onde foi possível aplicar os conhecimentos práticos e teóricos adquiridos no período de estágio, mas também os conhecimentos adquiridos na formação de base e na minha experiência profissional, tendo também como suporte toda a pesquisa bibliográfica efetuada.

Como meio de elaboração deste Jornal de Aprendizagem, optei pela utilização do Ciclo de Gibbs, sendo que este divide-se em seis etapas que fazem refletir sobre

as ações realizadas e permitem descrever, avaliar e planejar a ação/intervenção para futuras situações.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Durante a realização do estágio na Unidade Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgico (UCIMC), tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na promoção do conforto de uma pessoa em situação crítica que se encontrava numa fase terminal do seu ciclo de vida.

Esta doente vinha transferida de um serviço de medicina, do mesmo hospital, para a valência de cuidados intermédios do referido serviço. Era uma doente com um grande historial de antecedentes pessoais, dentro dos quais um linfoma, insuficiência respiratória e um recente internamento no serviço de Gasterontologia por hemorragia digestiva com necessidade de várias transfusões de concentrados eritrocitários. Tendo em conta todo este historial, era uma doente debilitada, que se encontrava em choque séptico e com agravamento da insuficiência respiratória.

Aquando da sua chegada toda a equipa de enfermagem disponibilizou-se para receber a doente, auxiliando na sua transferência para a cama, monitorização e organização das perfusões medicamentosas que trazia em curso. Devido á sua insuficiência respiratória grave, a doente apresentava necessidade de suporte respiratório não invasivo, vindo conectada a um *Bipap* do modelo *Vivo 40*.

Este modelo não era familiar aos enfermeiros do UCIMC, contudo é um equipamento que costumo utilizar com bastante frequência na minha prática diária aquando da transferência de doentes intra e inter-hospitalar. Como futura enfermeira especialista, e tendo em conta a minha experiência com este tipo de equipamentos, mobilizei conhecimentos adquiridos previamente e conectei a doente, de forma adequada e com os parâmetros ventilatórios indicados pela equipa médica. Aproveitei este momento para dar alguma formação sobre o equipamento e o seu manuseamento. Após a transferência da doente e de terminado todas as intervenções inerentes foi colocado cateter arterial.

Todas movimentações e procedimentos realizados tornaram-se desconfortáveis para a doente, tendo esta referido que tinha dores e que não se sentia confortável. De imediato tanto eu como a enfermeira supervisora iniciámos procedimentos para promover o seu conforto, tais como posicionar de forma adequado na cama, tendo em especial atenção à sua estrutura física (cifose), à colocação de almofadas e em aquecê-la com uma manta e cobertor. Após estas medidas, a doente referiu sentir-se mais confortável ao nível físico, porém demonstrava-se bastante ansiosa devido ao fato de estar dispneica e de querer ver a filha.

Prontamente foi chamado a filha havendo por parte da equipa toda a disponibilidade para explicar a situação clínica. Foi permitido que permanecesse junto da doente o tempo que pretendesse.

Após a saída da familiar, a doente mantinha-se bastante dispneica e com uma acentuada diminuição do estado de consciência, apresentando períodos de aparente delírio. Foram realizadas várias intervenções farmacológicas e não farmacológicas (por exemplo, posicionamentos com o auxílio de almofadas para promoção de uma melhor expansão torácica) para que melhorasse, mas sem sucesso. Perante a ausência de uma melhoria do foro respiratório, foi decidido que naquela fase o principal foco de atenção seria o conforto da doente tendo sido administrado bólus de uma diluição de Morfina (10mg/10ml).

Nesta fase pude voltar a mobilizar os conhecimentos adquiridos na minha experiência profissional e no suporte teórico da pesquisa bibliográfica já efetuada e reposicionei a doente em decúbito dorsal, sendo esta a posição em que se apresentava mais confortável, e sugeri à equipa médica e de enfermagem, substituir a administração do bólus de Morfina, por uma perfusão contínua pois proporciona um controlo de dor mais adequado. Esta sugestão foi prontamente aceite por toda a equipa. Após estas medidas farmacológicas e não farmacológicas de conforto/controlo de dor, a doente apresentou um fáceis mais relaxado e sem períodos de aparente delírio, sendo este um indicador de conforto e ausência de dor.

Também questionei se a família tinha alguma questão que necessitasse ver esclarecida, pois nesta fase também é importante dar apoio psicológico e de alguma

forma proporcionar algum conforto psicológico à família. Imediatamente foi-me informado que a médica responsável tinha conversado com a filha e dado conhecimento de toda a situação.

Tendo isto ocorrido no turno da tarde, fiquei a saber que durante o período da noite desse mesmo dia a doente viria a morrer.

DESCRIÇÃO DE SENTIMENTOS

Desde o momento da admissão até ao final do turno, foram vários os sentimentos que experienciei.

Aquando da admissão da doente, a forma como a equipa de enfermagem e médica se mobilizou e como dividiram tarefas, foi um momento de aprendizagem e de reflexão para a minha prática profissional. Todos os elementos tinham um papel na transferência da doente, sem que fosse necessário alguém dividir tarefas, demonstrando a coesão e a experiência que tinham em trabalhar em equipa.

Neste momento optei por ficar apenas a observar, pois senti que a organização da equipa era tão coesa que possivelmente iria atrapalhar, tendo sido útil para que numa próxima admissão pudesse interferir e ajudar. Por outro lado pude fazer um paralelismo para o meu local de trabalho, sendo que também na minha prática temos este tipo de organização aquando na admissão de doentes, e que os sentimentos que estava a vivenciar, também os elementos recém-chegados ao serviço ou enfermeiros a estagiar os poderiam vivenciar.

Um sentimento importante de referir, foi a satisfação pessoal e profissional que senti quando a minha sugestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para promover o conforto da doente, foi aceite com bastante agrado e prontidão pela equipa multidisciplinar.

Por outro lado, o momento em que tive a oportunidade de partilhar os conhecimentos acerca do manuseio do equipamento de ventilação não invasiva também foi muito gratificante, pois foi um momento de partilha de, sendo que estou ali

para aprender, mas também tenho algo a “ensinar” sendo este um papel importante na formação do enfermeiro especialista.

AVALIAÇÃO

O momento de formação acerca do equipamento de ventilação não invasiva foi bastante importante, apesar de ter sido realizado sem preparação prévia, permitiu transmitir conhecimentos necessários para que enfermeiros sem experiência no seu manuseio pudessem utilizá-lo sem dificuldade, e que numa próximo contacto com este soubessem como o manusear. Este momento de formação de pares contribuiu para a aquisição de competências nomeadamente na gestão e interpretação de forma adequada de informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e da minha formação pós-graduada e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

No momento em que pude aplicar os conhecimentos acerca do controlo da dor e promoção do conforto através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, pude demonstrar, como futura enfermeira especialista, um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente na promoção do conforto e controlo de dor.

ANÁLISE

Após a avaliação da situação clínica da doente, a equipa multidisciplinar percebeu que estava perante uma situação de doença grave/progressiva e incurável, onde eram identificadas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, que exigiram cuidados específicos segundo uma abordagem holística. O objetivo destes cuidados seria proporcionar o máximo de conforto, promovendo uma boa qualidade e dignidade de vida à doente sem com isto acelerar o processo de morte (Doyle & Jeffrey, 2005; I.Neto, 2010).

Perante a iminência da morte pode ocorrer o desencadeamento de sentimentos e emoções, que acrescentam à realidade sentimentos de perda, medo, ansiedade,

incerteza e perda de esperança, o que requer cuidados que respondam às necessidades do doente na sua globalidade. Toda a vida é marcada por uma sucessão de passagens, as quais, para serem ultrapassadas, exigem ser envolvidas por cuidados (Collière, 2003). No que se refere às alterações psicológicas, tanto o doente como a família têm necessidade de verbalizar livremente as suas preocupações e emoções e de serem escutados e compreendidos, sendo importante fornecer apoio emocional por parte de toda a equipa (Béphage, 2009).

Através deste apoio emocional, o enfermeiro está a promover o conforto do doente/família, sendo este a essência dos cuidados de enfermagem (Tutton & Seers, 2004), remetendo para a tranquilidade, paz, proteção, segurança e satisfação podendo ser considerado um último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo da enfermagem (Morse, Bottorff, & Hutchinson, 1995).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é considerado uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos físico, psico-espiritual, social e ambiental de experiência.

A Teoria do Conforto de Kolcaba abrange as intervenções realizadas para promover o conforto e a sua avaliação, sendo considerado um estado positivo, dinâmico e multifacetado para o processo de enfermagem (Kolcaba, 1994). Esta teoria assume que os humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos, sendo o conforto um resultado desejável, holístico, associado à prática de enfermagem (Kolcaba, 1994).

Com a implementação de medidas de conforto, o enfermeiro tem como objetivo satisfazer as necessidades de conforto fisiológicas, socioculturais, psicológicas e espirituais de cada pessoa (Kolcaba, 1994; 2003). É importante que as intervenções implementadas tenham em consideração as experiências passadas, idade, postura, estado emocional e prognóstico da pessoa, de forma a surgirem tensões positivas que aumentem o conforto (Kolcaba, 1994).

Considero que as medidas implementadas para a promoção do conforto da doente foram ao encontro do que está preconizado na teoria do conforto de Kolcaba, tendo também havido, por parte de toda a equipa, uma preocupação para com a filha

da doente de forma a pô-la ao corrente da gravidade da situação e a dar o apoio que esta necessitasse.

CONCLUSÃO

Esta situação foi bastante benéfica para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista. Foi bastante gratificante como enfermeira ter dado o meu contributo para a promoção do conforto daquela doente, e a nível pessoal por sentir que a equipa confiava nos meus conhecimentos e que os valorizava.

Por outro lado o fato de ter observado a forma como a equipa organizava-se para receber a doente, foi benéfico em situações futuras, em que pude participar como elemento da equipa.

Relativamente, à partilha de conhecimentos acerca do manuseio do *Bipap*, foi mais um momento gratificante, pois pude transmitir os meus conhecimentos auxiliando a equipa para situações futuras.

PLANEAMENTO PARA SITUAÇÕES FUTURAS

Em situações futuras, pretendo continuar a dar o meu contributo em prol do bem-estar dos doentes e na formação de pares.

O sentimento que vivenciei enquanto observava a forma como a equipa se organizava na receção da doente e o facto de não ter auxiliado com “medo” de atrapalhar foi benéfico, pois levou-me a refletir que no meu contexto de trabalho, os elementos que estejam em integração também o vivenciam. Desta forma pretendo contribuir para que eles não vivenciam o mesmo, ajudando na integração e explicando como receber uma doente, e nessas situações tentar atribuir-lhes um papel para que se sintam integrados como elementos da equipa.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos. *Sinais Vitais*.
- Béphage, G. (2009). Promoting spiritual comfort in palliative care settings. *Nursing & Residential Care*, 11(9), 463–466. doi:tp://dx.doi.org/10.12968/nrec.2009.11.9.43732
- Collière, M. . (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (Lusociênci). Loures.
- Doyle, D., & Jeffrey, D. (2005). *Palliative care in the home*. Oxford University Press. Oxford.
- I.Neto. (2010). Principios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In de de Medicina da Universidade de Lisboa (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice Gibbs*. Nelson Thornes Ltd.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44(1), 14–9. Acedido em 22/11/2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7862539>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, (11), 59–62.
- Tutton, E., & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 380–389. Acedido em 24/11/2015. Disponível em http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

APÊNDICE 6: Póster elaborado para afixação no UCIMC

A dor na Pessoa em Situação Crítica

- Medidas de gestão não farmacológicas -

Dor: “Perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nóxico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo”. (DGS, 2013)

Calor

- Diminui a isquemia; aumenta o fluxo sanguíneo e promove o relaxamento muscular.
- Contra-indicação: infeções, hemorragias e insuficiência venosa.
- **Sacos de água quente; compressas quentes durante 20-30 min**

Frio

- Alívio dos espasmos musculares, anti-inflamatório local, diminui tensão muscular.
- **Sacos de água fria, compressas frias, gelo durante 10-15 minutos**

Massagem

- **Alívio da tensão muscular**
- Contra-indicado na doença dermatológica; lesões tumorais feridas abertas e/ou, compromisso vascular

Posicionamento

- Particular atenção à pessoa com imobilizações (talas gessadas ou trações); e/ou com lesão vertebro-medular
- **Utilização de almofadas**

Distração

- Diminui a perceção da dor e aumenta ao bem-estar da pessoa
- **Uso de livros, revistas, musica, televisão, presença de familiares**

Relaxamento

- **Ensino à pessoa para realizar inspirações e expirações profundas e lentas durante procedimentos dolorosos**

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da dor. Circular Normativa N.º11/DGCS/DPCD 18 de Junho de 2008*. Lisboa. Acedido em 20/12/2015, Consultado em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa. Acedido em 20/12/2015. Consultado em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Perguica, A. C., & Sobral, M. dos S. (2003). Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor. *Servir*, 51(1), 25–27.
- Pimenta, C. (2000). Controlo da dor no domicílio. In Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, & Ministério da Saúde (Eds.), *Manual de Enfermagem* (pp. 168–184). São Paulo. Acedido em 27/12/2015. Consultado em <https://pt.scribd.com/doc/34807294/Livro-Manual-de-Enfermagem-USP-Ministerio-Da-Saude>
- Pinheiro, J. P. (1998). *Medicina de Reabilitação e Traumatologia do Desporto*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sorensen, K. C., & Luckmann, J. (1998). Facilitar o alívio da dor. In *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica* (Lisodidact, pp. 1169–1205). Loures.
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145–155. Acedido em 12/12/2015. Consultado em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-f6d3d8586dee%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d%3d&db=rzh&AN=2010314692>

APÊNDICE 7: Póster apresentado nas 10ª Jornadas do Doente Crítico

Ana Sofia Correia, RN, MNSc, Student Pessoa em Situação Crítica, ESEL
ana.sofia.correia@esel.pt
Sónia Ferreira, MNSc, RN, Prof. Adjunta da ESEL

Introdução

O enfermeiro deve dar grande importância à dor pois esta é considerada o 5º sinal vital (Fortunato, Furtado, Hirabae & Oliveira, 2013), sendo que o profissional de saúde deve adotar estratégias para o seu controlo contribuindo para o bem-estar da pessoa e consequentemente a redução da morbilidade e aumento da humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2013, OE, 2008).

Trauma Torácico

Lesões associadas ao Trauma Torácico

- ✓Pneumotórax Hipertensivo
 - ✓Pneumotórax aberto
 - ✓Hemotórax
 - ✓Tamponamento cardíaco
 - ✓Retalho costal
 - ✓Ferida perfurante
 - ✓Fratura de arcos costais
- (Hannay, Jackson & Dreyner, 2010)



Consequência da dor:

- Aumento da pressão arterial
 - Aumento da frequência cardíaca
 - Aumento da hemorragia
 - Aumento do trabalho cardíaco
 - Aumento da sudorese e palidez cutânea
 - Diminuição da oxigenação
 - Hipoventilação/Hiperventilação
 - Hipoxia
 - Hiperapnéia
 - Acidose
- (Ribeiro et al., 2011; Hannay Jackson & Dreyner, 2010)

DISPNEIA

Se agravamento

Ventilação Mecânica Invasiva

Avaliação da dor

Escala Visual Analógica — Recomendada pela Ordem dos enfermeiros.

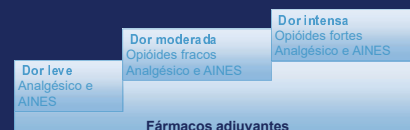


Behavioral Pain Scale — Usada em doentes ventilados e/ou sedado (Fortunato et al, 2013; Stites, 2013).

Expressão Facial	Movimentos dos membros Superiores	Ventilação Mecânica
Relaxada	1 Relaxado	1 Tolerar Ventilação
Parcialmente Tensa	2 Parcialmente fletidos	2 Tosse mas tolera a ventilação a maioria do tempo
Totalmente Tensa	3 Totalmente fletidos	3 Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes
Fazendo careta	4 Retraídos com resistência aos cuidados	4 Incapaz de tolerar a ventilação

Tratamento farmacológico

Como medidas farmacológicas a WHO sugere a Escada Analgésica aonde é feita a organização e padronização do tratamento analgésico da dor baseada na sua intensidade.



Tratamento não farmacológico

Usado em associação às medidas farmacológicas para auxiliar no tratamento da dor com origem nas dimensões cognitivas, afetivas, comportamentais e socioculturais (Yavuz, 2006 citado por Demir, 2012).

Técnica	Objetivo	Método	Exemplos
Aplicação de frio	Alívio dos espasmos musculares, anti-inflamatório local, diminui tensão muscular	Aplicar sacos de água fria; compressas frias, gelo durante 10-15 minutos	Colocar compressas frias em redor do local de inserção do dreno torácico
Massagem	Alívio da mente e dos músculos aumentando o limiar de dor através da estimulação de receptores periféricos.	Manipular o tecido mole através de várias técnicas Contra-indicado em situações de fraturas de arcos costais	Fricção; Precursão; Vibração.
Distração	Aumento da tolerância à dor	Direccionar a atenção da pessoa para outro foco	Musica; revistas; televisão; conversar durante procedimentos dolorosos.
Posicionamento	Promoção do conforto ao eliminar os estímulos dolorosos	Manter a roupa da cama esticada, Certificar que que não há drenos ou outros materiais enrolados à sua volta ou debaixo; ter especial atenção à manutenção do alinhamento corporal correto do doente.	Colocar almofadas debaixo das zonas doridas; Elevar o plano da cama para uma melhor expansão torácica e facilitar na ventilação.
Controlo de fatores ambientais	Diminuição da sobrecarga sensorial e potenciar estímulos dolorosos		Diminuir as interações verbais; controlar o número de pessoas que entram e que permanecem na sala; administrar analgésicos; usar o lençol para alternâncias de decúbitos.

Conclusão

O enfermeiro tem um papel importante na implementação de estratégias na prevenção e controlo da dor (Direção-Geral da Saúde, 2008; Fortunato et al, 2013), para tal deve ter em conta a origem da dor e a sua influência no bem-estar físico e psicológico da pessoa que a vivencia e escolher o tipo de intervenção mais adequado para o seu alívio (Potter & Perry, 2006).

Referencias Bibliográficas

- Demir, Y. (2012). Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. In G. Racz (Ed.), Pain Management - Current Issues and Opinions (pp. 485–502). In Tech.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Lisboa. Acedido em 22/10/2015 Consultado em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Fortunato, J., Furtado, M., Hirabae, L., & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. HUPE, 12(3), 110–117. doi:10.12957/hupe.2013.7538
- Hannay, J. A., Jackson, A. J., & Dreyer, J. S. (2010). Chest Trauma: Diagnosis and Management of serious injuries. New England Journal of Medicine, 361, 680–699. Acedido em 20/10/2015 Consultado em <http://ptolemy.library.utoronto.ca/sites/default/files/reviews/2012/March- Chest.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia Orientador de Boa Prática (No. 1). Lisboa. Acedido em 20/10/2015 Consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documentos/cadernos-dor.pdf>
- Ribeiro, N. C. A., Barreto, S. C. O., Hora, E. C., & de Sousa, R. M. C. (2011). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 45(1), 146–152. doi:10.1590/S0080-82342011000100020
- Stites, M. (2013). Observational pain scale in critically ill adults. Critical Care Nurse, 33(3), 68–79. doi:10.4037/ccn2013804

APÊNDICE 8: Jornal de Aprendizagem – Estágio do SUC: Atuação como elemento de referência na prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de trauma torácico em contexto de emergência

CONTEXTO DE ESTÁGIO III – JORNAL DE APRENDIZAGEM

Atuação como elemento de referência na prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de trauma torácica em contexto de emergência

Segundo Santos (2004) a prática reflexiva é um importante meio de capacitação do estudante e do profissional de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus conhecimentos e práticas. Este exercício possibilita ao profissional avaliar as suas intervenções, de forma a compreender o impacto que estas tiveram no outro e em si, dando origem a significados e aprendizagens significativas para situações reais com as quais este se depara durante a sua prática diária (Santos & Fernandes, 2004).

Assim sendo, a reflexão contribui para que possa ser realizada uma avaliação da situação de forma a contribuir, para que haja uma aprendizagem e melhorar a ação, num episódio idêntico que venha a ocorrer no futuro. Esta é uma componente essencial e implícita na prática profissional da enfermagem (Abreu, 2003) dando um grande contributo no desenvolvimento pessoal e profissional.

Como meio de elaboração deste Jornal de Aprendizagem, optei pela utilização do Ciclo de Gibbs, sendo que este divide-se em seis etapas que fazem refletir sobre as ações realizadas e permitem descrever, avaliar e planear a ação/intervenção para futuras situações.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Durante a realização do estágio no meu contexto de trabalho, Serviço de Urgência Central, tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nos

estágios anteriores numa pessoa vítima de trauma torácico, servindo deste modo como elemento de referência.

A situação que irei descrever teve lugar no turno da manhã, quando foi admitida uma pessoa vítima de acidente de viação, assistida pela VMER no local, tendo sido entubada com Tubo Orotraqueal nº. 7,5 e helitransportada para o SUC.

À chegada o doente encontrava-se pálido, normotenso e normocárdico, expansão torácica simétrica mas diminuída e ventilação difícil, e apresentava deformidade ao nível do membro superior direito. Como é habitual nestas situações foi ativado a Via Verde Trauma, tendo vindo a equipa de cirurgia e anestesia realizar a avaliação.

Após a avaliação primária, devido à ventilação difícil, baixa oxigenação e auscultação alterada, foi colocada a hipótese de pneumotórax hipertensivo à direita. Procedeu-se à sua descompressão com *abocath* tendo sido confirmado o pneumotórax e colocado em drenagem.

Após isto, houve uma deterioração hemodinâmica caracterizada por hipotensão, taquicardia, aumento da sudorese, sugestiva de um quadro de choque. Perante esta situação foi iniciada ressuscitação com fluidoterapia e início de perfusões, havendo necessidade de monitorização hemodinâmica invasiva, tendo sido colocado cateter arterial e cateter venoso central.

O colega que se encontrava escalado nesse turno na sala de reanimação não tinha muita experiência neste tipo de situações, principalmente na monitorização invasiva, colocação de cateteres arteriais e cateter venoso, e perante a necessidade de uma resposta rápida, solicitou o meu apoio.

Perante a emergência da situação rapidamente preparei o material para a colocação de cateter arterial, pois era prioritário ter uma monitorização invasiva para uma avaliação hemodinâmica mais correta, e visto o doente já possuir dois cateteres periféricos e a medicação poder ser administrada, temporariamente, por essas vias. Neste momento coloquei em prática os conhecimentos adquiridos na preparação do material para cateter arterial e no correto posicionamento do doente para a punção da artéria. Posteriormente foi preparado o material para cateter venoso central e iniciado

perfusões de lactado de Ringer, perfusão de propofol e de Noradrenalina para estabilização tensional.

Após estabilizado do ponto de vista hemodinâmico, foi chamada a equipa de imagiologia para realizar o Rx, que pode ser realizado sem que o doente saia da sala de reanimação.

Enquanto aguardava-se a chegada da equipa de imagiologia, questionei a equipa de cirurgia/anestesia sobre o início de analgesia e dos seus benefícios. Prontamente a sugestão foi aceite e iniciou-se perfusão de Morfina (sendo este o fármaco disponível no serviço).

Após a realização de Rx foi evidenciado pneumotórax bilateral, tendo sido solicitado o apoio da equipa de cirurgia torácica, que rapidamente chegou à sala e colocou drenagens torácicas bilaterais. Mais uma vez preparei o material necessário e posicionei de forma adequada o doente. Nos estágios anteriores não tive situações de trauma torácico com necessidade de colocação de drenagem, contudo houve um episódio de uma pessoa com derrame pleurítico com necessidade de drenagem, naquela altura tive a oportunidade de adquirir conhecimentos e auxiliar no posicionamento adequado da pessoa. Com os conhecimentos adquiridos nessa situação, adaptei para a situação que estava a vivenciar e posicionei adequadamente a pessoa.

Enquanto preparava o material para as intervenções necessárias, tive sempre a preocupação de explicar ao colega o que estava a fazer e a razão das minhas ações, pois a minha função não era substituí-lo mas sim ajudá-lo e integrá-lo naquele tipo de situação. Tive a oportunidade de realizar uma formação e ao mesmo tempo demonstrar todas as intervenções necessárias, tornando aquele momento rico em aprendizagem e evolução do colega.

Após estabilizado e realizadas todas as intervenções necessárias, o doente foi realizar TAC de tórax tendo a necessidade de se deslocar ao serviço de imagiologia. Neste momento houve a necessidade de conectá-lo ao ventilador portátil, tendo tido a oportunidade de observar o colega a manusear aquele equipamento havendo a necessidade de corrigir os cuidados no que se refere à prevenção de infeção no momento da conexão.

Posteriormente ainda tive a oportunidade de explicar a importância de um correto posicionamento da pessoa com traumatismo torácico, tendo em especial atenção as lesões que apresentava ao nível da cervical, como método não farmacológico do controlo da dor e com vista na promoção do conforto. Também tive a oportunidade de explicar como avaliar a dor num doente sedado e ventilado através da aplicação da uma escala de dor correta, como por exemplo a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

DESCRIÇÃO DOS SENTIMENTOS

Nesta situação houve uma imensidão de sentimentos.

Primariamente, vivenciei uma enorme satisfação pessoal e profissional pelo fato de ter sido chamada por um colega, como elemento de referência, pois estava a contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados e estava a colocar em prática muitos dos conhecimentos práticos e teóricos adquiridos e desenvolvidos ao longo do meu percurso de estágio. Por outro lado, o fato de um colega de trabalho pedir o meu auxílio, veio demonstrar a confiança que sentia em mim enquanto enfermeira e colega de trabalho.

Relativamente, à situação em que a equipa de cirurgia e anestesia aceitou a minha sugestão para iniciar perfusão de analgesia, revelou a confiança que sentiam em mim enquanto enfermeira e nos meus conhecimentos teóricos, tendo-me sentido orgulhosa e valorizada enquanto profissional de saúde.

Por último foi uma enorme satisfação ter tido a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante os anteriores contextos de estágio.

AVALIAÇÃO

Os diversos momentos de formação foram bastante importantes, apesar de ter sido sem preparação prévia permitiu transmitir conhecimentos teóricos e práticos a

um enfermeiro com pouca experiência neste tipo de situações, ficando desta forma mais apto e confiante para situações futuras.

Este momento de formação de pares contribuiu para o desenvolvimento e aplicação de competências nomeadamente na gestão e interpretação de forma adequada de informação proveniente, da minha experiência profissional, da minha formação pós-graduada e dos conhecimentos adquiridos no percurso para a obtenção do grau de mestre, e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Em relação ao momento em que pude aplicar os conhecimentos acerca do controlo da dor e promoção do conforto através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, pude desenvolver como futura enfermeira especialista, um nível aprofundado de conhecimentos na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente na promoção do conforto e controlo da dor.

A transmissão de conhecimentos acerca do conforto e posicionamento de pessoa vítima de trauma torácico foi benéfica, pois posteriormente tive a oportunidade de observar esse colega a posicionar de forma correta uma pessoa com trauma torácico e drenagem torácica, colocando em prática os conhecimentos que lhe tinha transmitido.

ANÁLISE

Após avaliar a situação considero que o fato de ter sido solicitada a intervir foi benéfico para a qualidade dos cuidados a presta ao doente, visto que uma sala de emergência existe para o atendimento da pessoa em risco iminente de falência multiorgânica (Direcção-Geral da Saúde, 2001), sendo que a prestação de cuidados consiste numa restauração rápida e espontânea da respiração e circulação (Aehlert, 2007).

Num serviço de urgência é fundamental saber agir e ter uma atuação rápida para que se consiga atingir uma prestação de cuidados de excelência, sendo que o enfermeiro, na sala de reanimação, tem um papel importante (Fernandes, 2007). Para se atingir esta excelência de cuidados é fundamental que o profissional tenha

formação específica na sua área de atuação sendo esta formação, não apenas, teórica mas também prática (Nunes, 2007). Perante isto, considero ter sido importante e benéfico o momento de formação teórica e prática que foi realizada, contribuindo desta forma para o seu crescimento enquanto profissional.

O facto de ter referido e demonstrado formas de promover o conforto à pessoa vítima de trauma torácico foi benéfica, pois desta forma, ficou desperto para a importância da sua promoção tendo, num outro episódio, colocando em prática os conhecimentos transmitidos.

A promoção do conforto é um objetivo dos cuidados de enfermagem visto que irá diminuir a dor diminuindo desta forma a mortalidade e a morbilidade promovendo a qualidade e vida da pessoa em situação crítica (Ahlers et al., 2008).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é considerado uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos físico, psico-espiritual, social e ambiental de experiência. A Teoria do Conforto de Kolcaba, abrange as intervenções realizadas para promover o conforto e a sua avaliação, sendo considerado um estado positivo, dinâmico e multifacetado para o processo de enfermagem (Kolcaba, 1994).

A sugestão de implementação de analgesia em perfusão e de posicionar adequadamente o doente, teve como objetivo promover o seu conforto, visto que a sua promoção através da implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor é uma função do enfermeiro, sendo esta uma atividade autónoma. Por outro lado o profissional também tem o dever de colaborar com a restante equipa na elaboração de um novo plano de controlo da dor (Silva & Lage, 2010).

CONCLUSÃO

Esta situação foi bastante importante para o meu desenvolvimento como futura enfermeira especialista. Foi gratificante ter sentido a confiança de um colega de trabalho em mim como enfermeira e nos meus conhecimentos teóricos e práticos.

Este momento foi o colocar em prática dos conhecimentos adquiridos durante o estágio na unidade e foi gratificante perceber que todo o esforço realizado para chegar a esta fase não foi em vão e que de certa forma, mesmo inconsciente, esta a ser valorizado.

O facto de ter sido elo de referência veio permitir aumentar a qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e enriquecer a formação e conhecimento teórico e prático do colega.

PLANEAMENTO PARA FUTURAS SITUAÇÕES

Em situações futuras e sempre que haja a oportunidade pretendo agir como elemento de referência na prestação de cuidados especializados.

Espero continuar a contribuir, mesmo que seja sem preparação prévia, para a formação dos elementos de enfermagem, pois essa é uma das funções como enfermeira especialista, contribuindo para a evolução de colegas e a contribuir para o proporcionar de cuidados de qualidade, de forma a valorizar os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos. *Sinais Vitais*.

Aehlert, B. (2007). *Emergencia em Cardiologia - Suporte avançado de vida em cardiologia*. Porto: Porto Editora.

Ahlers, S. J. G. M., van Gulik, L., van der Veen, A. M., van Dongen, H. P. A., Bruins, P., Belitser, S. V., ... Knibbe, C. A. J. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care (London, England)*, 12(1), R15. doi:10.1186/cc6789

Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>

- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice Gibbs*. Nelson Thornes Ltd.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Nursing*, (219). Acedido a 05/01/2016. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.VoxhRRHnnIU>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, (11), 59–62.
- Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.

APÊNDICE 9: Questionário aplicado no Serviço de Urgência como diagnóstico de situação para levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros

**Questionário: Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico:
Intervenções não farmacológicas no controlo da dor**

Chamo-me Ana Sofia Correia e sou aluna do 5º curso de Mestrado da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O presente questionário surge no âmbito da realização do Estágio Final do referido mestrado, e tem como objetivo fazer um levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros do Serviço de Urgência Central sobre a promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico através do controlo não farmacológico da dor.

Agradeço o seu preenchimento, sendo que este é anónimo.

Identificação

Idade: ____

Género: F ____ M ____

Tempo de serviço: ____

Habilitações académicas e profissionais:

- Licenciatura ____
- Mestrado ____
- Especialidade ____

Responda às seguintes perguntas em que os números correspondem:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Sem opinião
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

1. Nos cuidados de enfermagem é importante avaliar a dor a todos os doentes

1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Nos cuidados de enfermagem é importante o controlo da dor na pessoa vítima de trauma torácico

1	2	3	4	5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Sabe como avaliar a dor no doente ventilado e/ou sedado?

Sim ____

Não ____

3.1 Se sim, como o faz?

4. Conhece a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) para avaliar a dor na pessoa ventilada e/ou sedada?

Sim ____

Não ____

5. Conhece as vantagens da aplicação de medidas não farmacológicas na prevenção da dor?

Sim ____

Não ____

5.1 Se sim, por favor refira que vantagens conhece

6. Sabe que medidas não farmacológicas o enfermeiro pode aplicar no controlo da dor da pessoa vítima trauma torácico?

Sim ____

Não ____

6.1 Se sim, dê exemplo de duas medidas não farmacológicas de controlo da dor

7. Acha pertinente a realização de uma sessão de formação acerca das medidas não farmacológicas no controlo da dor na pessoa vítima de trauma torácico.

Sim ____

Não ____

Obrigado pelo tempo despendido

RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Como forma de averiguar as necessidades de formação na área da promoção do conforto através do controlo não farmacológico da dor na pessoa vítima de trauma torácico, ocorreram vários momentos de discussão com os diferentes elementos das diversas equipas acerca desta temática. Posteriormente, foi realizado um diagnóstico de situação que incidiu na avaliação da dor, promoção do conforto e nas intervenções não farmacológicas para controlo da dor. Com recurso à análise estatística foi possível obter os resultados que são apresentados de seguida.

Os questionários foram distribuídos aos enfermeiros, durante a mudança de turnos, das diversas equipas durante o mês de Dezembro, de forma voluntária.

Como meio de entrega foi solicitado que fossem colocados num envelope que se encontrava localizado numa gaveta do SO, de forma a garantir a confidencialidade.

Caracterização da amostra

A amostra é composta por 28 enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência. Destes 57,4% do género feminino e 42,9% do género masculino sendo que a faixa etária predominante encontra-se entre os 31-34 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros consoante a idade

Idade	Frequência	Percentagem (%)
>30	5	17,8%
30 – 34	13	46,4%
35 – 40	8	28,6%
< 40	2	7,1%

Relativamente ao tempo de serviço (Tabela 2) a maioria (53.6%) apresenta entre os 6-10 anos, 18% da amostra desempenha funções à menos 5 anos e com um tempo de serviço superior a 10 anos existem 28,6%.

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros consoante o tempo de serviço

Tempo de Serviço	Frequência	Percentagem (%)
< 5 anos	5	18%
5 – 10 anos	15	53,6%
> 10 anos	8	28,6%

No que se refere a habilitações profissionais existem 39,3% dos enfermeiros com especialidade e 14,3% com mestrado (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros consoante as habilitações académicas e profissionais

Habilitações académicas	Frequência	Percentagem (%)
Licenciatura	16	57,1%
Mestrado	4	14,3%
Especialidade	11	39,3%

Nos cuidados de enfermagem é importante avaliar a dor a todos os doentes

O enfermeiro deve dar grande importância à dor visto ser considerada o 5º sinal vital (Fortunato, Furtado, Hirabae, & Oliveira, 2013)¹, sendo que a sua avaliação e registo sistemático constitui uma norma de boa prática clínica (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Da amostra, 89,38% dos enfermeiros concordaram totalmente que é importante avaliar a dor a todos os doentes.

Nos cuidados de enfermagem é importante o controlo da dor na pessoa vítima de trauma torácico

No trauma torácico, nomeadamente na fratura de arcos costais, é importante controlar a dor (Unsworth, Curtis, & Asha, 2015), visto provocar agravamento da

¹ Fortunato, J., Furtado, M., Hirabae, L., & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *HUPE*, 12(3), 110–117. doi:10.12957/rhupe.2013.7538

dispneia prejudicando a ventilação através da diminuição dos volumes inspiratórios (Legare & Sawatzky, 2010).

Os enfermeiros inquiridos encontram-se despertos para esta importância visto que 96,4% concordam totalmente.

Sabe como avaliar a dor no doente ventilado e/ou sedado

No serviço onde desempenho funções é frequente haver pessoas ventiladas e sedadas, pelo que é importante avaliar corretamente o nível de dor para a controlar e desta forma promover o conforto.

Visto a avaliação da dor nestas situações se tornar um desafio para os profissionais de saúde (Ahlers et al., 2008) foram criadas escalas para serem aplicadas a doentes sedados e ventiladas, que devido ao seu estado clínico não podem mensurar a dor que vivenciam (Stites, 2013).

Quando questionado se sabiam avaliar a dor da pessoa sedada e/ou ventiladas, 53,6% dos enfermeiros responderam que sim, porém quando foi solicitado para referirem como o faziam apenas quatro enfermeiros (26,8%) usavam escalas corretas para o fazerem (tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros relativa à pergunta: “Se sim, como o faz?”

Resposta	Frequência	Percentagem (%)
Escala de Ramsay	1	6,7%
Avaliação de parâmetros vitais	3	20%
Aumentos da atividade muscular	1	6,7%
Avaliação da expressão facial	3	20%
BPS	1	6,7%
ESCID	1	6,7%
Escalas de dor adaptadas	1	6,7%
Pressão no leito ungueal	1	6,7%
Agitação psicomotora	1	6,7%
Ventilação/adaptação ao ventilador	1	6,7%

Conhece a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) para avaliar a dor na pessoa ventilada e/ou sedada

A BPS foi a primeira escala a ser elaborada e utilizada para a avaliação da dor nos doentes sedados e/ou ventilados, sendo atualmente uma das mais estudadas (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013)².

Dos enfermeiros inquiridos 78,6% referiram não conhecer esta escala, pelo que achei importante dá-la a conhecer na sessão de formação a realizar e deixar dois exemplares plastificados e um póster nas salas de reanimação onde ficam as pessoas ventiladas.

Conhece as vantagens da aplicação de medidas não farmacológicas na prevenção da dor

Segundo a OE (2008) o enfermeiro deve ter como foco de atenção a prevenção e o controlo da dor, pelo que é recomendado o seu controlo através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo que uma complementa a outra.

Da amostra, 67,9% responderam que conhecem as vantagens, porém quando foi solicitado para referirem algumas vantagens apenas 26,4% demonstraram conhecê-las mencionando a diminuição dos custos, o fato de evitar os efeitos secundários dos analgésicos, e o envolvimento do doente e da família (Tabela 5). De forma a dar a conhecer mais vantagens, na sessão referi, para além destas, o aumento do sentimento individual de controlo, diminuição do sentimento de fraqueza e melhoria da atividade e da capacidade individual (Yildirim, 2006, citado por Demir, 2012).

² Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 7–16. Retrieved from https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2349&id_revista=9&id_edicao=51

Tabela 5: Distribuição dos enfermeiros relativa à pergunta: “Se sim, por favor refira que vantagens conhece

Resposta	Frequência	Percentagem (%)
Não mascarar a dor	1	5,3%
Diminuição das necessidades farmacológicas	1	5,3%
Maior adesão aos cuidados	1	5,3%
Diminuição da mobilidade do doente	1	5,3%
Evitar efeitos secundários das medidas farmacológicas	2	10,5%
Diminuição da ansiedade	2	10,5%
Diminuição de custos	1	5,3%
Envolve o doente+família+cuidadores	1	5,3%
Medidas não invasivas	1	5,3%
Atuar antes do agravamento da dor	1	5,3%
Promove o conforto	2	10,5%
Maior estabilidade hemodinâmica	1	5,3%

Sabe que medidas não farmacológicas o enfermeiro pode aplicar no controlo da dor da pessoa vítima de trauma torácico

Na pessoa vítima de trauma torácico a promoção do conforto passa pelo controlo da dor, sendo que algumas medidas não farmacológicas, tais como a distração, os posicionamentos, vão interferir nas várias dimensões mencionadas na teoria do conforto de Kolcaba.

Dos enfermeiros inquiridos 64,3% responderam não saber que medidas não farmacológicas podem ser aplicadas à pessoa vítima de trauma torácico. Dos 35,7% dos enfermeiros que responderam ter conhecimento de algumas medidas, quando solicitados para referirem algumas a maioria (55,6%) respondeu os posicionamentos (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos enfermeiros relativa à pergunta: “Se sim, dê exemplo de duas medidas não farmacológicas de controlo da dor”.

Resposta	Frequência	Percentagem (%)
Relaxamento	1	5,6%
Estimular a verbalização de necessidades	1	5,6%
Posicionamento	10	55,6%
Aconchego torácico	1	5,6%
Controlo da ansiedade	2	11,1%
Controlo da respiração/ensino	2	11,1%
Mobilização	1	5,6%
Massagens	1	5,6%
Levante	1	5,6%

Acha pertinente a realização de uma sessão de formação acerca das medidas não farmacológicas no controlo da dor na pessoa vítima de trauma torácico

Todos os enfermeiros inquiridos demonstraram interesse na realização de uma sessão de formação sobre esta temática.

Após analisar os dados obtidos achei pertinente realizar uma sessão de formação sobre esta temática como estratégia de promoção da melhoria dos cuidados de enfermagem prestado à pessoa vítima de trauma torácico e potencializar a promoção do seu conforto.

APÊNDICE 10: Escala da dor (*Behavioral Pain Scale*) que foi disponibilizada para
a Sala de Reanimação do Serviço de Urgência

Foi proposta a Escala *Behavioral Pain Scale* tendo sido utilizada o seguinte quadro e plastificado 2 exemplares

Escala <i>BPS (Behavioral Pain Scale)</i>					
Expressão facial		Movimento dos membros superiores		Ventilação mecânica	
Relaxada	1	Relaxado	1	Tolera ventilação	1
Parcialmente tensa	2	Parcialmente fletidos	2	Tosse mas tolera a ventilação a maioria do tempo	2
Totalmente tensa	3	Totalmente fletidos	3	Luta contra o ventilador mas ainda é possível algumas vezes	3
Fazendo careta	4	Retraídos com resistência aos cuidados	4	Incapaz de tolerar a ventilação	4

APÊNDICE 11: Póster elaborado para colocar na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência

Escala de Avaliação da dor: *Behavioral Pain Scale (BPS)*

Definição: A BPS mede a experiência da dor nas pessoas incapazes de comunicar verbalmente por se encontrarem ventiladas e/ou sedadas.

(Batalha, Figueiredo, Marques, 2013)

Objetivo: Avaliar comportamentos considerados indicadores de dor na pessoa em situação crítica

Avalia três indicadores observacionais:

- ✓ Expressão Facial;
- ✓ Tônus dos membros superiores
- ✓ Adaptação ao ventilador

A pontuação varia entre:

- ✓ Score 3 – Sem dor
- ✓ Score 12 – Dor máxima

Expressão facial		Movimento dos membros superiores		Adaptação ao ventilador	
Relaxada		1	Sem movimento		1
Sobrancelhas franzidas		2	Parcialmente fletidos		2
Palpebras fechadas		3	Muito fletidos com flexão dos dedos		3
Esgar facial		4	Retraídos com resistência aos cuidados		4

Legenda: Quadro adaptado do artigo: Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)

Score > 4 implica instituição de medidas analgésicas

Vantagens:

- ✓ Simples
- ✓ Rápida (2-5 min)

Desvantagens:

- ✓ Não avalia a qualidade, tipo e localização da dor

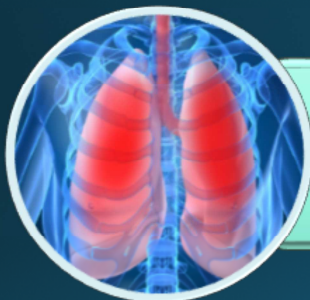
Referências Bibliográficas

- Ahlers, S. J., G. M., van Gulik, L., Van Der Veen, A. M., van Dongen, H. P. A., Bruins, P., Belitser, S. V., ... Knibbe, C. A. J. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care (London, England)*, 12(1), R15. doi:10.1186/cc6789
- Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 7–16. Acedido a 30/12/2015. Consultado em https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2349&id_revista=9&id_edicao=51
- Stites, M. (2013). Observational pain scale in critically ill adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–79. doi:10.4037/ccn2013804

APÊNDICE 12: Sessão de Formação: “Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico: Intervenções não farmacológicas no controlo da dor”

PLANO DE SESSÃO: Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico: Intervenções não farmacológicas no controlo da dor**CURSO:** Mestrado Pessoa em situação crítica**LOCAL:** Serviço de Urgência Central**Duração:** 30 minutos**Objetivo Geral:** Sensibilizar a equipa de enfermagem do SUC para a importância do controlo não farmacológico da dor na Pessoa Vítima de Trauma Torácico**Datas:** 4, 5, 6, 7 de Janeiro**Formador:** Sofia Correia**Destinatários:** Equipa de enfermagem do serviço de urgência central

Etapas	Conteúdos programáticos	Metodologia	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	Identificação do tema Identificação dos formadores	Expositivo	Apresentação audiovisual	Formativo	5 minutos
Desenvolvimento	1.Trauma torácico; 1.1 Lesões e complicações resultantes do trauma torácico 2. Definição de dor 2.1 Avaliação da dor 2.2 Controlo da dor 2.2.1 Controlo da dor como forma de promoção do conforto 2.3 Intervenções de enfermagem no controlo da dor 2.4 Medidas não farmacológicas no controlo da dor 3. Síntese	Expositivo Participativo	Apresentação audiovisual		20 minutos
Conclusão	Avaliação	Questionário	Papel	Formativa	5 minutos



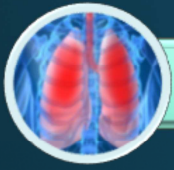
**Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma
torácico:
Intervenções não farmacológicas no controlo da dor**

Mestranda:
Sofia Correia

Orientador:
Enfº Rui Miranda

Docente:
Enfª Sónia Ferrão

Janeiro de 2016

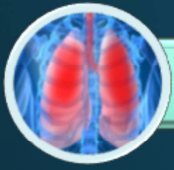


Objetivos

OBJETIVO GERAL :

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Central para a importância do controlo não farmacológico da dor na Pessoa Vítima de Trauma Torácico.

Esta apresentação tem como objetivo...



Sumário

- ✓ Trauma torácico e suas complicações;
- ✓ Conceito de dor;
- ✓ Importância do controlo da dor;
- ✓ Escala de avaliação da dor;
- ✓ Intervenções de controlo da dor.

Os temas a abordar serão



1. Trauma torácico

✓ Trauma é uma das principais causas de morte;

✓ 2020 – 3ª causa de morte; (WHO, 2005; Gomes, 2011)

✓ Portugal no topo da lista dos países europeus.

(WHO, 2005)

✓ 20-25% mortalidade - Trauma torácico;

✓ 4-8% hospitalizados – lesões isoladas do tórax;

✓ 10- 25% hospitalizados – órgão afetado;

✓ >35% hospitalizado – compromisso multiorgânico.

(Souza, Santos, & Pereira, 2013)



1.1 Lesões e complicações resultantes do trauma torácico

LESÕES

- ✓ Fratura de arcos costais;
- ✓ Retalho costal;
- ✓ Pneumotórax;
- ✓ Hemotórax;
- ✓ Contusão pulmonar;
- ✓ Tamponamento cardíaco;
- ✓ Ferida perforante.

(Hannay, Jackson & Dreyer, 2010)

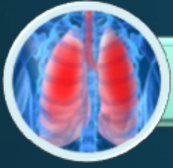


COMPLICAÇÕES

- ✓ Hipertensão;
- ✓ Taquicardia;
- ✓ ↑ hemorragia;
- ✓ ↑ Trabalho cardíaco;
- ✓ ↑ Sudorese;
- ✓ Palidez cutânea;
- ✓ ↓ Oxigenação;
- ✓ Hipo/hiperventilação;
- ✓ Hipoxia;
- ✓ Hipercapnia;
- ✓ Acidose.

(Ribeiro et al, 2011; Hannay Jackson & Dreyner, 2010)

Para além destas lesões existem outras que não são tão comuns e quando ocorrem tornam-se fatais para a pessoa



2. Definição de dor

- ✓ A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou atual. Sendo que, a dor é o que a pessoa que a experimenta diz sentir, existindo sempre que a pessoa diz que existe.

(IASP 2010; McCaffery citado por Herr et al., 2011)

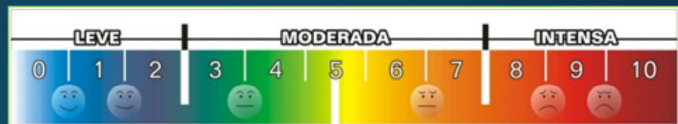
- ✓ A PSC está particularmente vulnerável à dor. (Odhner, et al., 2003)
- ✓ A dor pode aumentar a mortalidade e morbidade e diminuir o conforto e a qualidade de vida na PSC.



2.1 Avaliação da dor

Escala visual analógica

- ✓ Recomendada pela OE



Desvantagem:

- ✓ Doentes conscientes e orientados
- ✓ Tem que ter a capacidade de mensurar a dor

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)



2.1 Avaliação da dor

Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS)



(Fortunato, Furtado, Hirabae, & Oliveira, 2013; Stites, 2013)

Não avalia a qualidade, tipo e localização da dor



Simple
Rápida

O tempo estimado no seu preenchimento situa-se entre 2 a 5 minutos
Não é uma escala perfeita, pois não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor



2.1 Avaliação da dor

Escala da BPS

Expressão facial		Movimento dos membros superiores		Ventilação mecânica	
Relaxada	1	Relaxado	1	Tolera ventilação	1
Parcialmente tensa	2	Parcialmente fletidos	2	Tosse mas tolera a ventilação a maioria do tempo	2
Totalmente tensa	3	Totalmente fletidos	3	Luta contra o ventilador mas ainda é possível algumas vezes	3
Fazendo careta	4	Retraídos com resistência aos cuidados	4	Incapaz de tolerar a ventilação	4

Score 3: Sem dor

Score 12: Dor máxima

Avaliação dos MSUp comprometida por analgesia, contensões e relaxantes musculares

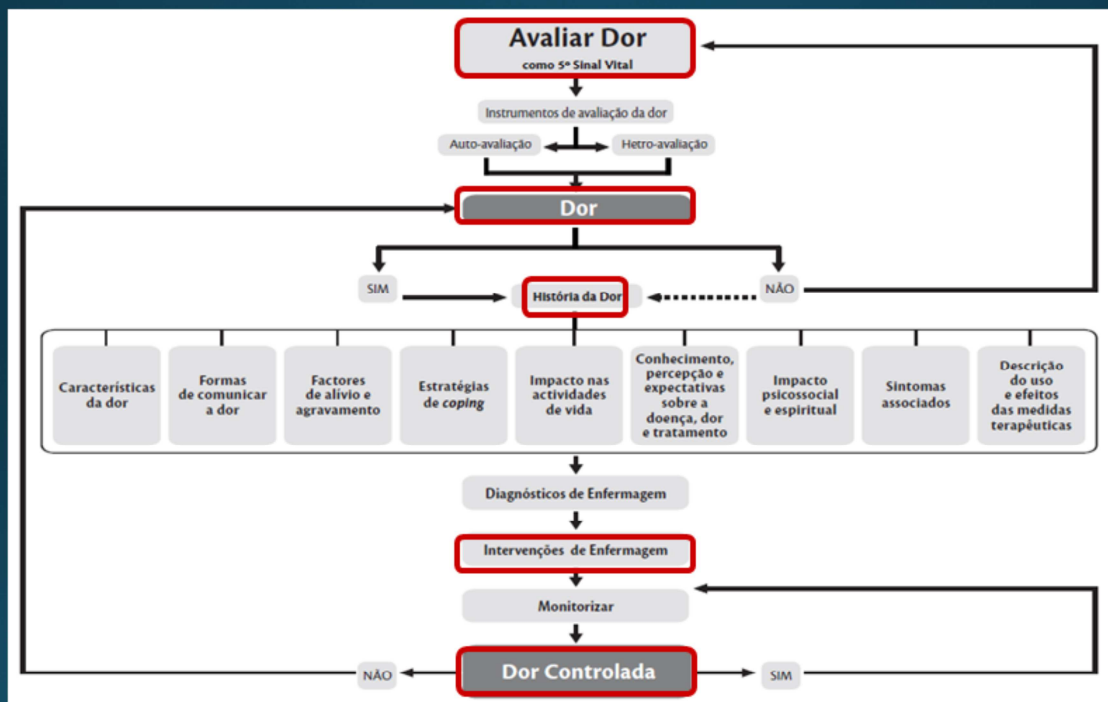


2.2 Controlo da dor

- O controlo da dor é um direito da pessoa, um dever do profissional de saúde e um aspeto fulcral para a humanização dos cuidados de saúde. (DGS, 2003)
- Deve envolver medidas farmacológicas e não farmacológicas, e as intervenções escolhidas devem ir ao encontro das preferências da pessoa e dos objetivos do tratamento.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008, Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o estudo da dor, 2001)

Ler slide



Ordem dos Enfermeiros, 2008

Segundo a OE as medidas para a avaliação da dor devem incluir



2.2.2 Controlo da dor como forma de promoção do conforto – Teoria do Conforto de Kolcaba

- O objetivo da promoção do conforto é a prevenção ou o tratamento atempado de sintomas da doença, os efeitos secundários causados pelo tratamento. (Hou et al, 2014)
- A promoção do conforto implica uma ausência de condições que possam provocar desconforto tais como preocupações, tristeza, sofrimento e dor. (Kolcaba & Kolcaba, 1991)
- Com a implementação de medidas de conforto, o enfermeiro tem como objetivo satisfazer as necessidades de conforto fisiológicas, socioculturais, psicológicas e espirituais de cada pessoa. (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003)

Uma forma de controlar a dor é através da promoção do conforto



2.2.2 Controlo da dor como forma de promoção do conforto - Teoria do Conforto de Kolcaba

Contexto



☐ Físico

☐ Psicoespiritual

☐ Ambiental

☐ Social

Estados



☐ Alívio

☐ Tranquilidade

☐ Transcendência

Segundo a teoria do conforto de Kolcaba, a promoção do conforto deve incidir ao nível do contexto

Físico - sensação de corpo englobando fatores que afetam o estado físico tais como o relaxamento, o descanso, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroeletrolítico, oxigenação, dor, posicionamento, diferentes indicadores metabólicos e ainda outros aspetos do tratamento e condições médicas

psicoespiritual - referente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida (relação com um ser mais elevado ou uma ordem)

ambiental - relativo ao meio, às condições e influências externas, tais como a luz, o barulho, o equipamento (mobiliário), a temperatura, a cor e os elementos artificiais e naturais do meio

social - referente às relações interpessoais, familiares e sociais.

E tem como objetivo que o doente atinja os estados de:

Alívio é quando uma pessoa vê satisfeita uma necessidade específica

Tranquilidade é o estado de contentamento ou de calma

Transcendência ocorre quando uma pessoa ultrapassa os seus problemas ou sofrimento



2.2.2 Controlo da dor como forma de promoção do conforto

Importância de controlar a dor



Promover o Conforto

**Não
Controlo**



- Depressão;
- Ansiedade;
- Medo;
- Delírio;
- Desorientação.

(Sities, 2013)



Dispneia



2.3 Intervenções de enfermagem no controlo da dor

- Vigiar transtornos do sono, observação e realização de posições antiálgicas, alteração do tônus muscular, respostas autónomas e alterações comportamentais;
- Avaliar a dor de 4/4 horas, durante e após procedimentos dolorosos;
- Diminuir a demora entre a avaliação – tratamento – reavaliação;
- Administrar medicação analgésica e/ou sedativa;
- Proporcionar estratégias não farmacológicas adaptadas a cada tipo de doente e situação;
- Colaborar com a restante equipa na elaboração de um novo plano de controlo da dor.

(Silva & Lage, 2010)

Tônus muscular – flacidez, rigidez

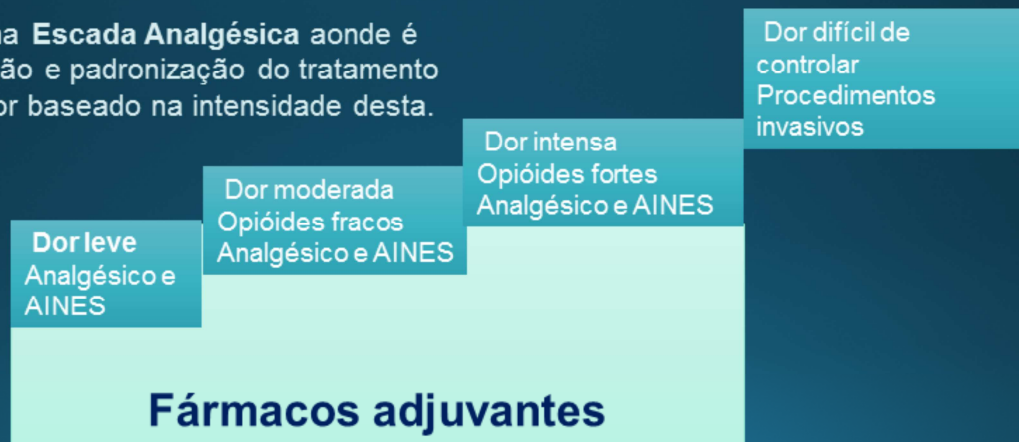
Respostas autónomas – alteração de FR, FC, PA, dilatação pupilar, diaforese

Alterações comportamentais – postura de defesa, agitação, choro, irritabilidade

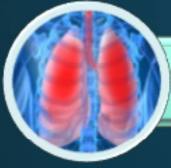


2.3 Intervenções de enfermagem no controlo da dor

WHO sugere uma **Escala Analgésica** aonde é feita a organização e padronização do tratamento analgésico da dor baseado na intensidade desta.



Não me vou alongar nas intervenções farmacológicas , pois estas dependem da intensidade da dor, dos antecedentes e sintomatologia dos doente e da prescrição médica



2.4 Medidas não farmacológicas no controlo da dor

- As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o controlo da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

- São utilizadas com o objetivo de tratar as dimensões, afetiva, cognitiva, comportamental e socio-cultural da dor. (Yavuz, 2006 citado por Demir, 2012)



2.4 Medidas não farmacológicas no controlo da dor

As medidas não farmacológicas promovem:

- Aumento do sentimento individual de controlo;
- Diminuição do sentimento de fraqueza;
- Melhoria do nível de atividade e a capacidade funcional;
- Redução do stress e ansiedade;
- Redução da dosagem necessária de analgésicos, diminuindo os seus efeitos secundários.

(Yildirim, 2006, citado por Demir, 2012)



2.4 Medidas não farmacológicas no controlo da dor



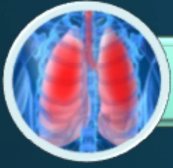
As intervenções específicas para o trauma torácico são: massagem, sendo que tem de ser ter atenção à presença de fraturas da grelha costal e quais de encontram fraturadas, para não mobilizarmos essa zona, Reposicionamento, com principal objetivo o posicionamento correto para uma boa expansão pulmonar mas sem que este cause desconforto ao doente.

Contudo a pessoa vítima de trauma torácico, tem de ser vista como um todo, e não nos podemos apenas focar na parte torácica. Tendo em consideração o tipo de cinemática que deu origem ao trauma torácico pode haver outras lesões que causem dor à pessoa. Também estas lesões tem de ser tratadas, pois como foi dito anteriormente a dor vai causar dispneia, que por sua vez é uma consequência do trauma torácico, e desta forma pode vir a agravar o seu estado clínico.

Consoante o tipo de lesão, podemos ter em atenção a colocação de gelo ou de calor. A colocação de calor tem indicação em situações de rigidez articular, dos espasmos musculares e da inflamação superficial localizada

O gelo/compressas frias pode ser colocado no local de inserção do tubo da drenagem torácica provocando alguma analgesia e no momento da extração deste faz com que o doente sinta menos dor

A presença de familiares é uma medida transversal, ajudando a que o doente se sinta mais confortável.



3. Síntese

- A promoção do conforto visa satisfazer as necessidades ao nível fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003);
- O controlo da dor contribui para a satisfação e bem-estar da pessoa;
- O enfermeiro tem uma função importante na promoção do controlo dor, assim como a sua avaliação e a escolha correta do instrumento de avaliação;
- O controlo não farmacológico da dor deve ser usado em associação com o controlo farmacológico.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)



Referências Bibliográficas

- Demir, Y. (2012). Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. In G. Racz (Ed.), *Pain Management - Current Issues and Opinions* (pp. 485–502). In Tech.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa: Ministério da Saúde*. Lisboa. Acedido e, 23/12/2015. Consultado em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa para o estudo da dor. (2001). *Plano Nacional de luta contra a dor*. Lisboa. Acedido em 23/12/2015. Consultado em <http://www.dgsaude.pt>
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 17(4), 333–7. Acedido em 23/12/2015. Consultado em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=b74a8457-3241-453b-9ca6-ef1aa92b8ed7%40sessionmgr114&hid=107&bdata=Jmxhbm9cCHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=19148685>
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., ... Sessler, C. N. (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest*, 135(4), 1075–86. Acedido em 26/12/2015. Consultado em https://www.researchgate.net/publication/24260458_Pain_Management_Principle_in_the_Critically_Ill?
- Fortunato, J., Furtado, M., Hirabae, L., & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *HUPE*, 12(3), 110–117. doi:10.12957/rhupe.2013.7538
- Gomes, E., Moreira, D., Chaló, D., Dias, C., Neutel, E., Aragão, I., & Costa-Pereira, A. (2011). O doente politraumatizado grave, Implicações da ruralidade na mortalidade, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Medica Portuguesa*, 24(1), 81–90. Acedido em 23/12/2015. Consultado em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/340/110>



Referências Bibliográficas

- Hannay, J. A., Jackson, A. J., & Dreyer, J. S. (2010). Chest Trauma: Diagnosis and Management of serious injuries. *New England Journal of Medicine*, 361, 680–699. Acedido em 20/12/2015 Consultado em <http://ptolemy.library.utoronto.ca/sites/default/files/reviews/2012/March - Chest.pdf>
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44–52
- Hou, Y.-F., Zhao, A.-P., Feng, Y.-X., Cui, X.-N., Wang, L.-L., & Wang, L.-X. (2014). Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 573–578. doi:10.1111/ijn.12200
- IASP. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. (A. Kopf & B. Nilesch, Eds.) (pp. 1–418). Seattle: IASP Press
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301–1310. Retrieved from <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Analysis Concept of Comfort.pdf>
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Sreinmetz, A., & Ingersool, G. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(6), 260–267. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3cbbc965-c0fa-4847-bd2f-9e2af9f8de9f%40sessionmgr113&vid=5&hid=119?>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática* (No. 1). Lisboa. Acedido em 26/12/2015. Consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

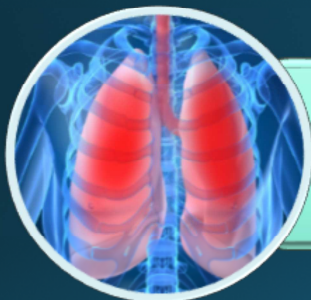


Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Acedido em 26/12/2015. Consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf?
- Potter, P., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ribeiro, N. C. A., Barreto, S. C. C., Hora, E. C., & de Sousa, R. M. C. (2011). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1), 146–152. doi:10.1590/S0080-62342011000100020
- Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Souza, V. S., Santos, A. C., & Pereira, L. V. (2013). Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. *Scientia Medica*, 23(2), 96–101. Retrieved from <http://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/11174/9652>
- Stites, M. (2013). Observational pain scale in critically ill adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–79. doi:10.4037/ccn2013804
- WHO. (2005). The solid facts on unintentional injuries and violence in the WHO European Region. Acedido em 23/12/2015. Consultado em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98611/fs1105e.pdf?ua=1
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145–55. Acedido em 16/12/2015. Consultado em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fe989286-6328-4d7c-8fcf-f6d3d8586dee%40sessionmgr111&vid=0&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010314692>

O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das pessoas que dela padecem

(Direção-Geral da Saúde, 2008)



**Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma
torácico:
Controlo não farmacológico da dor**

Mestranda:
Sofia Correia

Orientador:
Enfº Rui Miranda

Docente:
Enfª Sónia Ferrão

Janeiro de 2016

APÊNDICE 13: Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Questionário de satisfação da formação

Tema: Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma torácico: Intervenções não farmacológicas no controlo da dor

Formador: Sofia Correia

A sua opinião sobre a ação de formação em que acaba de participar é extremamente importante, pelo que gostaria que colaborasse para que possa:

- ✓ Aferir em que medida foram satisfeitas as suas expectativas
- ✓ Melhorar o desempenho em futuras ações de formação

Gostaria, assim, que respondesse às seguintes questões:

1 – Nada

2 – Pouco

3 – Razoável

4 – Muito

5 – Bastante

1. Relativamente ao tema apresentado

	1	2	3	4	5
Globalmente o tema agradou-lhe					
O tema correspondeu às suas expetativas iniciais					
O tema abordado será útil na sua prática					
A formação em termos de aquisição de novos conhecimentos					
Tenciona aplicar na sua prática as medidas não farmacológicas no controlo da dor					
Tenciona passar a usar a escala BPS na avaliação da dor no doente ventilado e/ou sedado					

2. Relativamente ao desempenho do formador considera que este

	1	2	3	4	5
Dominava a matéria que ministrou					
Conseguiu motivar os formandos					
Foi claro nas intervenções realizadas					
Foi claro na apresentação do tema					

3. Relativamente à organização da ação, designadamente no que respeita a recursos de apoio mobilizados para a ação formativa Como considera:

	1	2	3	4	5
A qualidade dos suportes pedagógicos					
Os slides eram bem visíveis e apelativos					
A duração da ação					

4. Refira sugestões para uma próxima ação formativa

--

Obrigado pela sua colaboração.

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A sessão foi assistida por 50 enfermeiros (num total de 80 enfermeiros) com uma média de participação de 11-13 enfermeiros por sessão, tendo sido realizadas quatro sessões, de forma a abranger as 4 equipas de enfermagem existentes no serviço. Não foi possível haver mais enfermeiros a assistirem devido ao fato das datas possíveis terem coincidido com a época das festas (Ano Novo) e haver muitos elementos fora do serviço e os que estavam encontravam-se a fazer turnos seguidos.

Relativamente à pertinência do tema, este foi avaliado com um score positivo tendo a destacar que 60% dos enfermeiros referiu ter bastante intensão em aplicar medidas não farmacológicas para controlo da dor na prestação de cuidados (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da opinião dos enfermeiros face ao tema apresentado na sessão de formação

	1	2	3	4	5	
Globalmente o tema agradou-lhe	0	0	2	16	17	Frequência
	0%	0%	4,7%	45,7%	48,6%	Percentagem
O tema correspondeu às suas expectativas iniciais	0	0	4	17	14	Frequência
	0%	0%	11,4%	48,6%	40%	Percentagem
O tema abordado será útil na sua prática	0	0	2	14	19	Frequência
	0%	0%	5,7%	40%	54,3%	Percentagem
A formação em termos de aquisição de novos conhecimentos	0	0	8	15	12	Frequência
	0%	0%	22,9%	42,9%	34,3%	Percentagem
Tenciona aplicar na sua prática as medidas não farmacológicas no controlo da dor	0	0	0	14	21	Frequência
	0%	0%	0%	40%	60%	Percentagem
Tenciona passar a usar a escala BPS na avaliação da dor no doente ventilado e/ou sedado	0	0	4	17	14	Frequência
	0%	0%	11,4%	48,6%	40%	Percentagem

Resultados semelhantes foram obtidos relativamente ao desempenho do formador e dos recursos usados (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da opinião dos enfermeiros face ao desempenho do formador

	1	2	3	4	5	
Dominava a matéria que ministrou	0	0	1	15	19	Frequência
	0%	0%	2,9%	42,9%	54,3%	Percentagem
Conseguiu motivar os formandos	0	0	1	15	19	Frequência
	0%	0%	2,9%	42,9%	54,3%	Percentagem
Foi claro nas intervenções realizadas	0	0	0	14	21	Frequência
	0%	0%	0%	40%	60%	Percentagem
Foi claro na apresentação do tema	0	0	0	14	21	Frequência
	0%	0%	0%	40%	60%	Percentagem

Relativamente ao tempo disponível (Tabela 3) houve uma maior variedade de resposta, tendo sido referido oralmente que o tempo tinha sido pouco.

Tabela 3: Distribuição da opinião dos enfermeiros face à organização da sessão de formação, designadamente no que respeita a recursos de apoio mobilizados

	1	2	3	4	5	
A qualidade dos suportes pedagógicos	0	0	1	18	16	Frequência
	0%	0%	2,9%	51,5%	45,7%	Percentagem
Os slides eram bem visíveis e apelativos	0	0	1	15	19	Frequência
	0%	0%	2,9%	42,9%	54,3%	Percentagem
A duração da ação	0	1	1	11	22	Frequência
	0%	2,9%	2,9%	31,4%	62,9%	Percentagem

Após terminada a sessão no tempo em que teve lugar a colocação de dúvidas e discussão do tema, foi mencionado que iria ser disponibilizado um quadro com os parâmetros que a escala BPS avalia e colocado em cada unidade da sala de reanimação, assim como a colocação de um póster onde seria explicada mais pormenorizadamente a escala. Todos os enfermeiros mostraram-se interessados nesta ideia e referiram ser bastante útil. Houve um enfermeiro que referiu que poderia ser útil também disponibilizar um pequeno quadro com a escala no SO como forma a poder avaliar a dor em doentes inconsciente mas que não estão ventilados.

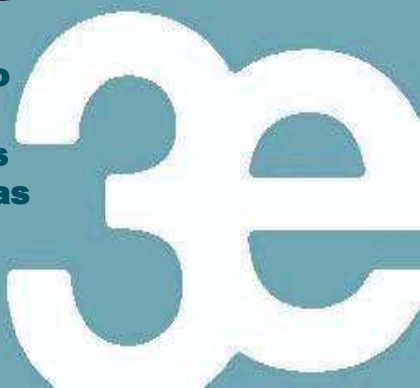
ANEXOS

ANEXO 1: Comprovativo de frequência Congresso do 3º Encontro de
Enfermagem de Emergência – 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em
Pessoa em Situação Crítica

3º encontro de enfermagem de emergência



1º encontro de enfermeiros especialistas em Pessoa em situação crítica



Certificado Participação

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no
3º Encontro de Enfermagem de Emergência |
1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações



Ana Sofia de Almeida Araújo Correia

**O Presidente da
Associação Portuguesa de Enfermeiros:**

Patrocínios:



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



João Fernando

ESA DE ABERTURA

Presidente da APE: João Fernandes
Membro do DEPSC: Ana Sofia Casal
Membro da ESEL: Cândida Durão

TRIAGEM POR ENFERMEIROS – UMA APOSTA NA QUALIDADE

Representante do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores | Triagem pré-hospitalar
Ricardo Delgado Sanchez | *Enfermero Coordinador Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario*
| Realidade Espanhola
Paulo Freitas | Grupo Português de Triagem |
Triagem de Manchester: do pré para o intra-hospitalar

ED NURSES MADE IN PORTUGAL

Rui Sousa | *United Kingdom*
Ricardo Soares | *Suisse*

ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM EPSC

CONFERÊNCIA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS À ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM: Elemento do Departamento Enfermagem Pessoa em Situação Crítica APE

CUIDADOS URGENTES E EMERGENTES

Milene Plácido | CHLN | Cuidados Paliativos no SU
Célia Batista Aires | HCuf Descobertas | Cuidados de enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em situação crítica
Susana Isabel Leal | CHLC | Gestão da Dor na PSC em contexto de SU e UCI

CUIDADOS INTENSIVOS

João Dantas | CHLO | Aquisição de competências especializadas no âmbito do suporte de vida extracorporal (ECMO) - Experiência na University of Michigan Medical Center (EUA)
Ana Pinto | CHLN | Família em UCI
Filomena Bento | CHLC | Segurança da PSC e comunicação efectiva na transição peri-operatória



A PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: DA RUA AOS CUIDADOS INTENSIVOS

Luis Carvalho | CHLC | Controlo da PIC
Francisco Oliveira Martins | CHLC |
Damage Control Surgery
Virginia Araujo | CHLO | Damage Control Resuscitation
João Galdes | HGO | Imobilização da PVT: Como? Quando? E até quando?

CONFERÊNCIA: NOVAS DROGAS, NOVOS DESAFIOS

Fátima Rato | INEM

CONFERÊNCIA: PRÉ-HOSPITALAR NA SUIÇA: ORGANIZAÇÃO E PAPEL DO ENFERMEIRO

Etienne Theytaz | SAMU e Centre Hospitalier du Valais
Romand, Martigny, Suíça

CONFERÊNCIA: ÉBOLA – DA AMEAÇA GLOBAL À RESPOSTA DOS HOSPITAIS EM PORTUGAL

Natália dos Santos Pereira | DGS

COMUNICAÇÕES LIVRES

MESA: LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPEUTICO

Sérgio Branco | CHA
Sérgio Deodato | Universidade Católica Portuguesa

A CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Francisco Abecassis | CHLN | Trauma Pediátrico
Rafael Marques | CHLN | O papel do NaCl 3% no controlo da PIC

SUORTE AVANÇADO DE VIDA – FROM PRAGUE WITH LOVE

Adulto: Pedro Caldeira HPP Cascais
Pediátrico: Francisco Abecassis | CHLN

Programa Oficial

ANEXO 2: Programa do Congresso 10ª Jornadas do Doente Crítico e
Comprovativo de participação

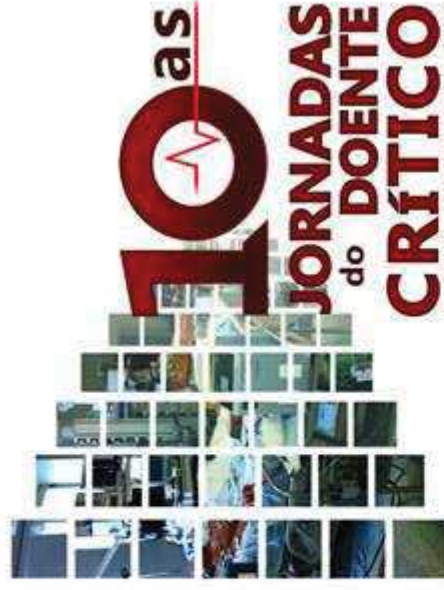
NURSING PROGRAMME

28 January

- 09.00-11.00 **In loco Registration**
Registration Desk
Edifício Egas Moniz, FMUL
- 09.00-10.00 **Oral presentations**
Discussion
Filipa Araújo, Isabel Cardoso (Lisbon, Portugal)
Anfiteatro 58, Edifício Egas Moniz, FMUL
- 10.00-12.00 **Posters Session**
Discussion:
A. Pais de Lacerda, Rita Marçal, Patrícia Fonseca, Rita Marques (Lisbon, Portugal)
Edifício Egas Moniz, FMUL
- GRANDE AUDITÓRIO**
14.00-15.00 **Clinical Session I: Airway Management**
Chairman: Henrique Bento, Isabel Moniz
- The Difficult Airway – how should we be prepared?**
J. Santos Silva (Lisbon, Portugal)
- Non physician providers of anesthesia airway management: training, assessment and supervision – the UK experience.
Mike Phillips (Birmingham, UK)
- 15.00-15.15 **Opening Session**
Representantes do CA, Direção Clínica, Direção de Enfermagem, Serviço de Medicina Intensiva
- ANFITEATRO 58**
15.25-16.00 **Meet the expert**
Chairman: Rita Marques
- Living will
Sergio Deodato (Lisbon, Portugal)
- 16.00-16.15 **Coffee-Break**
- 16.15-16.55 **Neuro stimulating jazz (quarteto Pedro Viana)**
When death comes in ICU
Chairman: Rita Marques, Ana Querido
- Nurses grief in ICU – mourning with those who mourn.
Inês Nunes, Patrícia Belo (Lisbon, Portugal)
- What not to neglect in intensive care: contribution of palliative care.
Aneliã Matos, Alexandra Coelho (Lisbon, Portugal)
- 16.55-18.00 **Conference: Sedation and delirium**
Chairman: Isabel Cardoso, Patrícia Fonseca, Paula Miranda
- The application of safe sedation practice by non physician providers of anesthesia – the UK experience.
Mike Phillips (Birmingham, UK)
- Delirium in critical care. Why does it matter and what can we do to fight it?
Nuno Pinto (Jersey, UK)
- Delirium prevention in ICU – the nurse role.
Diogo Gonçalves (V. Franca, Portugal)

29 January

- GRANDE AUDITÓRIO**
08.30-09.45 **Clinical Session II: Treating Patients in Medical-Surgical Wards**
Chairman: Paulo Mergulhão, Raquel M. Carvalho, Teresa Amores
- Multiresistant Gram negatives: practical recommendations to treatment.
A. Ayres Pereira (Lisbon, Portugal)
- Infection prevention rules: the role of nurses.
Patrícia Fonseca (Lisbon, Portugal)
- Biomarkers in sepsis: how to use them to prescribe and to stop antibiotics?
Luis Coelho (Lisbon, Portugal)
- ANFITEATRO 58**
09.45-10.20 **Oral presentations**
Discussion
Filipa Araújo, Isabel Cardoso (Lisbon, Portugal)
- 10.20-11.00 **Hear the heartbeat**
Chairman: Rita Marques, Ana Monteiro
- Pacemaker – nurse intervention.
Sara Lopes (Lisbon, Portugal)
- The coronary rapid assessment path – an emerging need!
Vitor Ferreira (Lisbon, Portugal)
- 11.00-11.20 **Coffee-Break**
- 11.20-12.40 **Neuro stimulating jazz (quarteto Pedro Viana)**
Hot-topics in trauma and CPR
Chairman: Filipa Araújo, Céu Rocha
- Assessment: A with c-spine imob or... without?
Tiago Amaral (Lisbon, Portugal)
- Trauma rapid assessment path in CHLN emergency room – myth or reality
Rui Miranda, André Martins (Lisbon, Portugal)
- Trauma registry and revised trauma score (RTS) implementation in the ER
Pedro Vasconcelos (Lisbon, Portugal)
- New Guidelines for CPR
José Alexandre (Lisbon, Portugal)
- GRANDE AUDITÓRIO**
12.30-13.40 **Satellite Symposium**
DEXMEDETOMIDINE (Orion Pharma)
- 14.00-15.30 **Ventilation meeting the challenge**
Chairman: Patrícia Fonseca, Paula Monteiro
- APRV – a new treatment option for ARDS
Bruno Sousa (Leicester, UK)
- Weaning from mechanical ventilation – the rehabilitation nurse role.
António Simões (Lisbon, Portugal)
- Strategies for prevention of respiratory failure after extubation.
Miguel Gonçalves (Porto, Portugal)
- 15.30-16.00 **News in neuroprotection**
Chairman: Filipa Araújo, Miguel Correia
- Normothermia
Nuno Cardoso (Lisbon, Portugal)
- GRANDE AUDITÓRIO**
16.00-16.15 **Closing Session:**
Closing Remarks and Best Communications Ceremony



10as

JORNADAS do DOENTE CRÍTICO

do CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

28-29

janeiro de 2016

Grande Auditório e Anfiteatro 58
Edifício Egas Moniz, FMUL

Secretariado
Serviço de Medicina Intensiva CHLN
Telf.: 217 805 038
jornadasdoentecritico@gmail.com
www.chln.min-saude.pt



Curso BASIC
26-28
janeiro de 2016
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE



www.facebook.com/jornadasdoentecritico

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE





Certificado

Certifica-se que Ana Sofia Correia participou nas **10as. Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016 com a apresentação do poster intitulado “Gestão da dor na pessoa vítima de trauma torácico”.


Dr. A. Pais de Lacerda
Coordenador da Comissão Organizadora